ISSN 2796-7050

REC Argentina

Reporte Epidemiológico de Córdoba

11 DE MARZO
2024
REC 2.784

CÓRDOBA

- Tres nuevas muertes por dengue en la última semana

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la hidatidosis

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus Oropouche

- Estados Unidos: Reportan una muerte por peste en New México, la primera desde 2020
- México: Alerta epidemiológica en Tlaxcala por un aumento de casos de síndrome de Guillain-Barré
- Panamá: Chiriquí refuerza la vigilancia epidemiológica por casos humanos de gusano barrenador
- Perú: Los casos de dengue ya son 46.522

EL MUNDO

- Etiopia: Situación epidemiológica de la malaria
- Europa: Aumento de los casos de psitacosis en varios países de la región
- Irak: Aumentan en todo el país los casos de sarampión
- Palestina: El clima más cálido puede provocar una epidemia masiva en Gaza
- Tanzania: Nueve muertos y decenas de hospitalizados tras comer carne de tortuga en Zanzíbar
- Uganda: Brote de sarampión en el subcondado de Kitega
- La exposición de corto plazo a picos en la contaminación del aire causa un millón de muertes al año

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe
ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos
RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
ANA CEBALLOS // DOMINIQUE PEYRAMOND // LOLA VOZZA
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ

Patrocinadores

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

Adherentes

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

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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

Ministerio de SALUD | CÓRDOBA Seguimos haciendo

Tres nuevas muertes por dengue en la última semana

08/03/2024

En la última semana, se sostuvo el aumento de casos de dengue en la provincia de Córdoba, con 2.128 registros nuevos, de acuerdo a los datos brindados por la Dirección de Epidemiología. Además, se confirmaron tres fallecimientos.

De esta manera, en la actual temporada se reportaron 5.562 casos, de los cuales 5.046 son autóctonos y 516 importados.

La mayoría de los pacientes fueron atendidos en forma ambulatoria, y 280 de ellos (5%) requirieron internación. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre, dolores musculares, cefalea y dolores articulares.

En relación con la distribución geográfica, 139 localidades notificaron al menos un caso, y las que más pacientes registran son: Córdoba (2.668), Arroyito (306), Villa María (268), Brinkmann (205) y Devoto (201).

En cuanto a los tres nuevos fallecimientos, se trata de dos hombres y una mujer, con residencia en los departamentos Capital, General San Martín y Juárez Celman. Dos tenían más de 70 años y presentaban comorbilidades y uno tenía 33 años.

De este modo, en lo que va de la temporada se han notificado cinco fallecimientos relacionados con esta enfermedad.

Sobre la situación provincial de la fiebre chikungunya, se han registrado 19 casos, 14 autóctonos y cinco importados.

En este contexto, es importante la consulta temprana por parte de la población, y la notificación oportuna de los síndromes febriles por parte de los equipos de salud.

Al respecto, Laura Raquel López, subsecretaria de Estrategias Sanitarias y Acceso a la Salud, manifestó: “En esta etapa del brote, resulta fundamental la identificación oportuna de signos y síntomas de alarma para reducir las formas graves y la mortalidad por dengue, por lo cual es necesario fortalecer el primer nivel para la atención oportuna, seguimiento y derivación en los casos que corresponda y reforzar el segundo y tercer nivel en esta atención oportuna, así como en el seguimiento de los pacientes con síntomas de alarma y formas graves”.

Remarcó que no en todos los casos es necesaria la realización de un test y que el profesional solicitará los estudios de laboratorios necesarios según la evaluación de cada paciente.

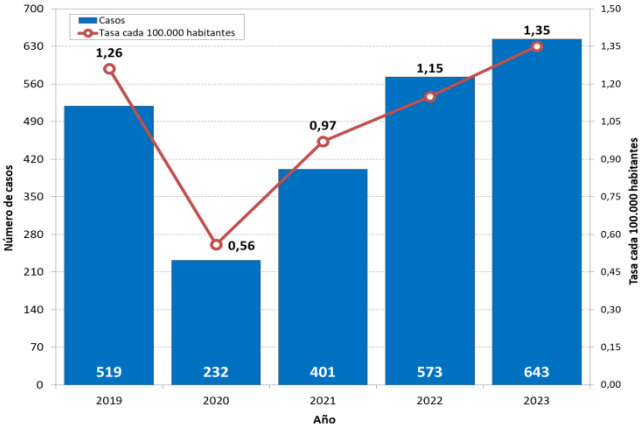
Argentina

En Argentina, la hidatidosis es producida por el complejo *Echinococcus granulosus* sensu lato (s.l.), formado por: *E. granulosus* sensu stricto (s.s.) (genotipo G1-G3), *E. equinus* (G4), *E. ortleppi* (G5) y *E. canadensis* (G6/G7, G8 y-G10). *E. granulosus* sensu stricto G1 es el más prevalente en hospederos intermediarios (ovinos, porcinos, bovinos, caprinos), hospederos definitivos y las personas, seguido por el genotipo *E. canadensis* G6.

Entre los años 2019 y 2023, se registraron 3.792 casos en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$), de los cuales 2.368 (62,45%) fueron confirmados. Durante el periodo analizado, se observó una disminución de casos en el año 2020 (pandemia de covid) en comparación con el año 2019. Sin embargo, desde el año 2021 la tendencia fue ascendente, alcanzando un total de 643 casos confirmados en el año 2023, cuando se alcanzó la tasa de incidencia más alta del periodo analizado.

Se registraron casos confirmados en todas las jurisdicciones del país. Buenos Aires fue la provincia con el mayor número de casos reportados (n=368). Las regiones Centro y Sur registraron el mayor número de casos detectados en todos los años del período.

Las regiones Sur, Noroeste Argentino (NOA) y Cuyo registran las mayores tasas de incidencia de casos cada 100.000 habitantes, por encima de la tasa de incidencia nacional. En cuanto al análisis por jurisdicción, las que

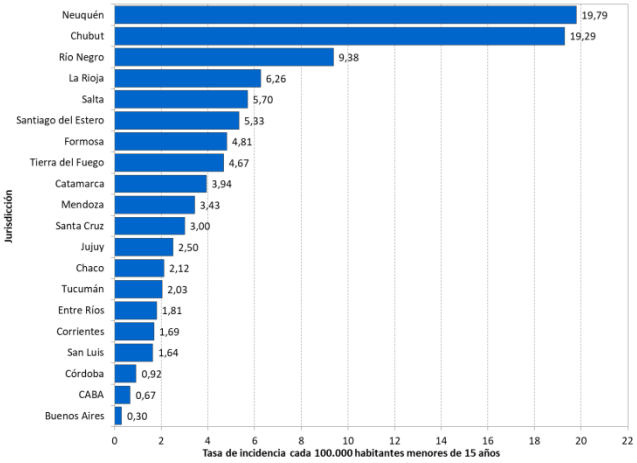


Número de casos notificados y tasas de incidencia cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2019/2023. Fuente: Ministerio de Salud. (n=2.368)

Provincia/Región	2019	2020	2021	2022	2023
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3	1	7	9	14
Buenos Aires	64	26	82	95	101
Córdoba	43	18	10	16	20
Entre Ríos	19	13	16	16	27
Santa Fe	4	2	5	3	7
Centro	133	60	120	139	169
Mendoza	42	17	31	42	68
San Juan	10	4	9	10	7
San Luis	10	8	7	18	11
Cuyo	62	29	47	70	86
Chaco	11	4	9	22	12
Corrientes	7	5	3	6	36
Formosa	16	4	19	12	17
Misiones	–	1	–	–	1
Noreste Argentino	34	14	31	40	66
Catamarca	14	12	14	23	19
Jujuy	25	7	19	13	12
La Rioja	8	1	6	10	17
Salta	39	14	22	42	64
Santiago del Estero	35	13	9	25	29
Tucumán	20	12	7	15	16
Noroeste Argentino	141	59	77	128	157
Chubut	57	32	50	75	48
La Pampa	4	2	8	8	5
Neuquén	54	25	39	78	51
Río Negro	19	4	18	16	34
Santa Cruz	13	7	9	17	26
Tierra del Fuego	2	–	2	2	1
Sur	149	70	126	196	165
Total Argentina	519	232	401	573	643

Casos notificados, según año y jurisdicción. Argentina. Años 2019/2023. Fuente: Ministerio de Salud. (n=2.368).

presentan los valores más altos son las provincias de Chubut (41,6 casos cada 100.000 habitantes), Neuquén (36,7 casos cada 100.000 habitantes) y Catamarca (19,57 casos cada 100.000 habitantes), mientras que las tasas más bajas corresponden a las provincias de Misiones, Santa Fe, Buenos Aires y Córdoba.



Tasas de incidencia en menores de 15 años cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2019/2023. Fuente: Ministerio de Salud (n=217).

En el período analizado, el grupo de mayores de 65 años de edad presenta las mayores tasas de incidencia, y el grupo de menores de 15 años se caracteriza por una estabilidad en su tasa en los primeros años, seguido por un aumento a partir de 2020 y una disminución de la misma en 2023. El 55,07% (n=1.304) de los casos confirmados corresponden a mujeres, mientras que 44,34% (n=1.050) a varones. De los restantes, en 12 casos no se cuenta con el dato y dos casos consignan sexo no declarado.

La detección de casos en niños y adolescentes es un indicador de transmisión reciente o activa a humanos en un área determinada. En el grupo etario de menores de 15 años, se detectó un total de 217 casos en el periodo analizado, con la tasa de incidencia más alta registrada en el año 2022 (0,62 casos cada 100.000 habitantes). Las provincias que presentaron mayores tasas son las de la Región Sur., particularmente Neuquén y Chubut, con tasas cercanas a 20 casos cada 100.000 habitantes. Por su parte, La Pampa, San Juan, Misiones y Santa Fe no registran casos en ese grupo de edad en el periodo analizado.

Entre los 2.368 casos confirmados en el periodo, se registró el fallecimiento de ocho personas, resultando en una tasa de letalidad inferior a 1%. En el año 2021 la letalidad fue nula, de acuerdo a lo registrado en el SNVS$^{2.0}$.

Respecto de los tratamientos realizados, en 43% de los casos confirmados no se consignó información al respecto. Entre los casos que sí registran esta información, 53% fueron tratados con albendazol de 400 mg, de los cuales sólo 13,7% indicó la realización del tratamiento completo.

Vigilancia epidemiológica en el ganado

La vigilancia epidemiológica en el ganado permite cuantificar la carga parasitaria en el hospedador intermediario, lo cual sirve para estimar la dinámica de transmisión en un área geográfica determinada. Asimismo, de estimarse la prevalencia en animales jóvenes, como corderos, puede determinarse el nivel de transmisión actual. El método tradicionalmente utilizado para el diagnóstico en el ganado es la determinación post-mortem de la presencia de quistes hidatídicos en establecimientos faenadores.

Conclusiones

El análisis llevado a cabo en los casos humanos, además de proporcionar una visión de la situación de la hidatidosis a nivel nacional, regional y provincial, permite identificar fortalezas y limitaciones que presentan los registros en el SNVS$^{2.0}$.

Es importante destacar que la hidatidosis puede evolucionar durante varios años antes de que una persona presente signos y síntomas de la enfermedad. Por lo tanto, los cambios en la incidencia en la población general podrían estar relacionados con las actividades de detec-

ción en personas sin síntomas (catastros/encuestas ecográficas). De esta manera podría explicarse la disminución de casos registrada en el año 2020 producto de la pandemia de covid, en el que no se realizaron actividades en terreno.

Las tasas de incidencia en personas menores de 15 años permiten identificar los casos adquiridos en edades tempranas, ya que en adultos, no se puede determinar con precisión cuándo adquirieron la infección. Por tanto, es fundamental realizar encuestas ecográficas o serológicas en niños y adolescentes para detectar casos, dado que suelen ser asintomáticos. El hallazgo de casos en la infancia indica la necesidad de priorizar las acciones de prevención y control en esa área.

Por otro lado, durante el análisis se observó que más de la mitad de los casos notificados no tenían información completa sobre el tratamiento, lo que resalta la importancia de mejorar las actividades de registro y notificación de la hidatidosis para su posterior análisis de situación.

El Sistema Integrado de Gestión de Calidad e Inocuidad Alimentaria del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria es la fuente de información de los hallazgos de compatibles con hidatidosis en animales de producción. Se trata de una herramienta fundamental ya que posibilita obtener información en tiempo real de detalles de producción y hallazgos de faena. La distribución regional de estos hallazgos en relación a la hidatidosis está relacionada con la producción ganadera del país, en donde en las provincias de la Región Sur, la mayor producción es la ovina y en la Región Centro es la producción bovina. Además, en el período bajo estudio, se han reportado hallazgos compatibles con hidatidosis en otros animales de producción como caprinos, porcinos y camélidos.

En Argentina, los principales organismos encargados de abordar este problema para la salud pública son, entre otros, las áreas de Zoonosis y Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', y las respectivas contrapartes de las 24 jurisdicciones. También se trabaja en conjunto con las sociedades científicas, como la Asociación de Hidatidología Argentina –filial de la Asociación Internacional de Hidatidología–, la Asociación Argentina de Zoonosis, la Sociedad Argentina de Infectología, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Sociedad Argentina de Medicina, la Federación Argentina de Medicina Familiar y General y la Sociedad Argentina de Epidemiología.

La equinococosis quística o hidatidosis es una enfermedad parasitaria zoonótica causada por el estadio larvario del cestode *Echinococcus granulosus*. Es de gran importancia en salud pública por su amplia distribución en la región y en muchos de los países de América del Sur y del mundo. Su carácter endémico implica un constante seguimiento epidemiológico.

En cuanto al ciclo de transmisión, el parásito en su estado larvario es hospedado por intermediarios como rumiantes (ovinos, caprinos y bovinos) y porcinos; en su fase adulta el hospedador definitivo es el perro, donde el parásito se transforma en una tenia blanca, de 3 a 7 mm de longitud, que se adhiere a la mucosa del intestino delgado del animal. El ser humano es un hospedador accidental, que convive con todos ellos generalmente en ámbitos rurales.

En su fase larvaria el parásito presenta un cuerpo segmentado que constituye unidades reproductivas o proglótidos, los cuales son eliminados al medio con la materia fecal. De esta manera, se contaminan grandes extensiones de campo, agua de pozos de bebida y arroyos, frutas, verduras que son regadas con esas aguas y donde deambulan y defecan los perros. Los huevos también pueden quedar adheridos a los pelos de los caninos. A su vez, cuando un perro es alimentado con vísceras que contienen quistes, los protoescólices se transforman en parásitos adultos, y comienza nuevamente el ciclo del parásito. El período prepatente es corto, de aproximadamente siete semanas.

Los seres humanos adquieren la infección a través de la ingestión de agua o de alimentos contaminados con los huevos del parásito, o por el contacto estrecho con perros parasitados (al dejarse lamer o darle besos). En este sentido, la niñez es la etapa de la vida donde generalmente se produce la infección y corresponden a hospedadores susceptibles. La edad de presentación es muy importante, ya que la presencia de pacientes menores de 15 años supone un ciclo activo.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) clasificaron a la hidatidosis como una enfermedad desatendida, ya que afecta principalmente a poblaciones vulnerables, de escasos recursos económicos o personas que viven o trabajan en áreas rurales. Se la ha incluido en el Plan de Acción para el control de las enfermedades infecciosas desatendidas para el periodo 2016-2022, prestando especial atención a la vigilancia, el diagnóstico, el manejo y la prevención de casos humanos. En este marco, Argentina junto con Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay, a través de un grupo de profesionales, forma parte de la Iniciativa Sudamericana para el Control y Vigilancia de la Equinococosis Quística/Hidatidosis, bajo la se-

cretaría técnica del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y Salud Pública Veterinaria de la OPS/OMS (PANAFTOSA) y con la cooperación de la Asociación Internacional de Hidatidología. Como parte de sus acciones, en 2021, se publicó el Programa Regional para la Eliminación de la Equinococosis Quística/Hidatidosis 2020-2029, con un plan de acción acordado por los países miembros, cuyo propósito es eliminar la equinococosis quística como problema de salud pública en esos territorios, a través de la reducción de la prevalencia e incidencia de la enfermedad.

Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus Oropouche

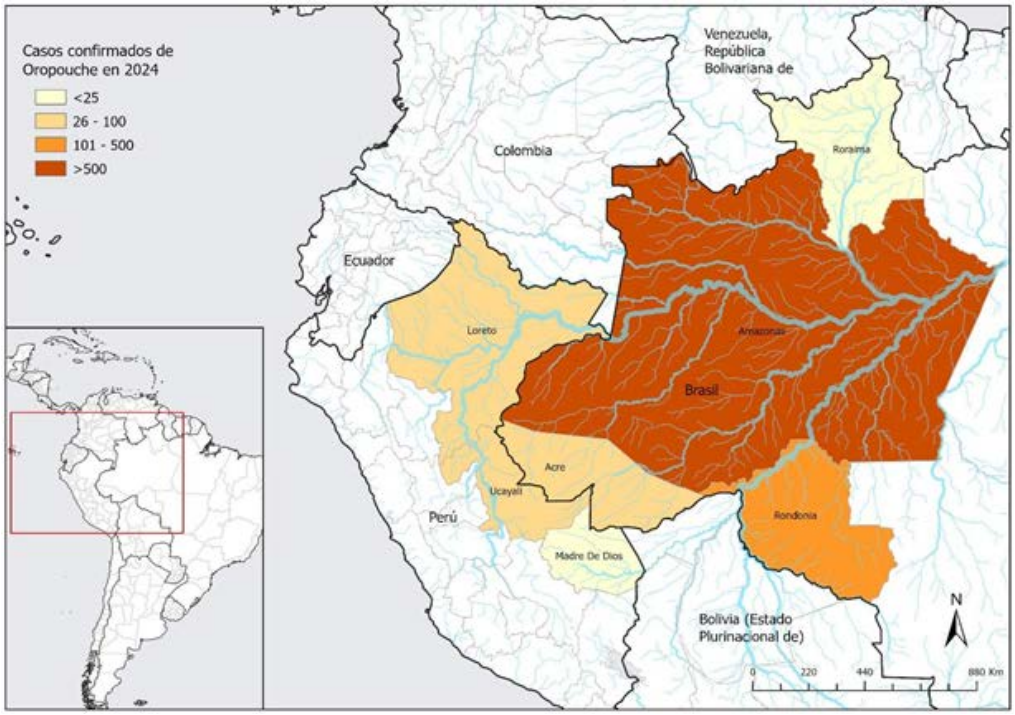
06/03/2024

Antecedentes

En las Américas, se han descrito numerosos brotes de enfermedad por el virus Oropouche en comunidades rurales y urbanas de Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Panamá, Perú y Trinidad y Tobago. En la mayoría de estos brotes, fueron afectadas personas tanto masculinas como femeninas y de todas las edades. En poblaciones con contacto previo al virus, los más afectados fueron los niños y jóvenes.

Es posible que la circulación del virus Oropouche incluya ciclos tanto epidémicos urbanos (afectando humanos) como selváticos (epizoóticos). En el ciclo selvático, los primates, los perezosos y quizás las aves son los huéspedes vertebrados, aunque no se ha identificado un artrópodo vector definitivo. En el ciclo epidémico urbano, el ser humano es el huésped amplificador y el virus Oropouche se transmite principalmente a través de la picadura del jején *Culicoides paraensis* que está presente en la región, al igual que el mosquito *Culex quinquefasciatus*, que también puede ser un vector.

Los brotes de enfermedad por el virus Oropouche registrados en los últimos diez años han tenido lugar principalmente en la región amazónica.



Distribución de casos confirmados de enfermedad por el virus Oropouche en Brasil y Perú. Año 2024.

Resumen de la situación

El 2 de febrero del 2024 se recibió la primera notificación por parte del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil sobre la ocurrencia de casos de enfermedad por virus Oropouche en el estado de Amazonas y que adicionalmente se estaban investigando casos notificados en los estados de Acre y Roraima.

El 5 de marzo de 2024, el CNE de Brasil informó que, a partir de 2023, la detección de casos de enfermedad por el virus Oropouche en los estados de la región amazónica, considerada endémica, ha aumentado como resultado de la descentralización del diagnóstico biomolecular a parte de los Laboratorios Centrales de Salud Pública del país. En 2023, 773 muestras tuvieron diagnóstico positivo para virus Oropouche mediante reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real (qRT-PCR).

- **Brasil**: En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 8, se detectó el virus Oropouche en 2.104 muestras, las que correspondieron a los estados de Amazonas (1.821 muestras), Rondônia (172), Acre (51) y Roraima (12). Todos los casos detectados en 2023 y 2024 tuvieron un sitio probable de infección en estados de la región Norte de Brasil (Acre, Amazonas, Pará, Rondônia y Roraima), incluyendo casos notificados en estados de otras regiones del país, en personas que visitaron esos estados.
- **Perú**: Desde el año 2016 y hasta 2022, se notificaron 94 casos de enfermedad por el virus Oropouche en seis departamentos del país: Madre de Dios, Cusco, San Martín, Cajamarca, Loreto y Ayacucho. Del total de casos acumulados, 45% ocurrió en el año 2016, relacionados a los brotes de Madre de Dios, Cusco y Ayacucho.

En 2024, hasta la SE 8, se registraron 146 casos de enfermedad por el virus Oropouche en los departamentos de Loreto, Ucayali y Madre de Dios, siendo el mayor número de casos reportados a la fecha en este país. Las provincias en donde se notificaron los casos confirmados son: Maynas (Loreto; 74 casos); Coronel Portillo (Ucayali; 38 casos); Tambopata (Madre de Dios; 14 casos); Mariscal Ramón Castilla (Loreto; 6 casos); Tahuamanu (Madre de Dios; 4 casos); Atalaya (Ucayali; 4 casos); Padre Abad (Ucayali; 4 casos); y Datem del Marañón (Loreto; 2 casos).

Las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) representan al menos 17% de la carga total de enfermedades infecciosas en todo el mundo y la pérdida anual de aproximadamente 52.000 años de vida ajustados por discapacidad. Las ETV se concentran en los trópicos, pero el cambio climático, la globalización y la alteración del paisaje han facilitado su expansión. Los patógenos emergentes nuevos e invasivos desafían la seguridad sanitaria mundial y la inteligencia de salud pública debido a la comprensión limitada de los factores ecológicos y epidemiológicos de su transmisión.

Los Neotrópicos están poco estudiados en términos de enfermedades endémicas y emergentes. Muchas ETV endémicas en América Latina se consideran desatendidas con una vigilancia epidemiológica nula o deficiente. Una enfermedad zoonótica emergente notable que aún no se comprende bien es la enfermedad por el virus Oropouche, un patógeno descrito por primera vez en Trinidad y Tobago en 1954. La enfermedad por el virus Oropouche se presenta como un síndrome clínicamente indistinguible de otras ETV como el dengue, la fiebre Zika o la enfermedad por el virus Mayaro, con síntomas que comúnmente incluyen fiebre, dolor de cabeza y mialgia.

El virus Oropouche ha infectado a más de 500.000 personas en América Latina, especialmente en Brasil y Perú, y se sabe que estas cifras son subestimaciones groseras. Éste es un virus clasificado taxonómicamente en el género *Orthobunyavirus*, familia *Peribunyaviridae*. El virus se mantiene en su ciclo selvático mediante hospedadores silvestres y vectores artrópodos. Aunque el conocimiento es limitado, los informes sugieren que los primates no humanos (por ejemplo, *Callithrix penicillata*) y los perezosos (por ejemplo, *Bradypus tridactylus*) desempeñan un papel como hospedadores. Una vez que el virus pasa de los animales silvestres a las poblaciones humanas, se transmite principalmente a través del jején *Culicoides parensis* y potencialmente también por *Culex quinquefasciatus*, un mosquito de tamaño mediano que se encuentra en todo el mundo.

Dado el potencial epidémico del virus Oropouche, los datos limitados sobre el sistema de enfermedades y los brotes recientes y más frecuentes fuera de las áreas endémicas, existe la necesidad de identificar regiones donde es probable que el virus se propague a poblaciones humanas.

Reportan una muerte por peste en New México, la primera desde 2020

08/03/2024

El Departamento de Salud de New México (NMDOH) anunció que un hombre del condado de Lincoln murió a causa de la peste después de haber sido hospitalizado por la enfermedad. Éste es el primer caso humano de peste en New México desde 2021 y la primera muerte desde 2020.

"Este trágico incidente sirve como un claro recordatorio de la amenaza que supone esta antigua enfermedad, y a la vez pone énfasis en la necesidad de una mayor concienciación de la comunidad y de medidas proactivas para prevenir su propagación", dijo la veterinaria de Salud Pública del Estado, Erin Phipps.

La peste es una enfermedad bacteriana de los roedores y generalmente se transmite a los humanos a través de las picaduras de pulgas infectadas. También puede contagiarse por contacto directo con animales infectados, incluidos roedores, animales salvajes y mascotas.

Los perros y gatos a los que se permite vagar y cazar libremente pueden traer pulgas infectadas de roedores muertos al regresar al hogar, poniendo en peligro a los miembros de la familia.

El personal del NMDOH se está poniendo en contacto con los residentes de la zona. También se llevará a cabo una evaluación ambiental en la comunidad para identificar riesgos en curso.

Los síntomas de la peste en humanos incluyen la aparición repentina de fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y debilidad. En la mayoría de los casos se produce una dolorosa inflamación de los ganglios linfáticos en las zonas de la ingle, las axilas o el cuello. Los síntomas de la peste en gatos y perros incluyen fiebre, letargo y pérdida de apetito. Puede haber una inflamación en el ganglio linfático situado bajo la mandíbula.

Con un diagnóstico rápido y un tratamiento antibiótico adecuado, la tasa de mortalidad en personas y animales domésticos puede reducirse en gran medida. Los médicos que sospechen la presencia de la peste deben informar sin demora al NMDOH.

El último caso de peste humana en el estado fue el de un residente del condado de Torrance en 2021. En 2020, hubo cuatro casos de peste humana: uno en el condado de Santa Fe, dos en el condado de Torrance y un caso mortal en el condado de Río Arriba.

En Estados Unidos, la peste se registra en su mayor parte como casos dispersos en zonas rurales (un promedio de 10 a 20 personas cada año). A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud informa entre 1.000 y 3.000 casos cada año. La mayoría de los casos estadounidenses se concentran en los estados de las "Cuatro Esquinas" de Colorado, New México, Arizona y Utah.

La muerte por peste bubónica se produce después de que la bacteria *Yersinia pestis* escapa del bubón infectado al torrente sanguíneo (peste septicémica), provocando las manifestaciones del síndrome de sepsis. La coagulación intravascular diseminada con hemorragia cutánea posterior bien pudo haber sido lo que se llamó la "peste negra" en la Edad Media. La bacteria puede extenderse a los pulmones, provocando peste neumónica secundaria (secundaria a la bacteriemia), o hasta las meninges, provocando una meningitis por peste. Ambos eventos tienen una alta tasa de letalidad y la peste neumónica secundaria es la forma en que la infección se propaga (por aerosoles) de persona a persona.

El signo típico de la forma más común de peste humana es un ganglio linfático inflamado y muy sensible, acompañado de dolor. La glándula inflamada se llama "bubón". Se debe sospechar peste bubónica cuando una persona presenta inflamación de una glándula, fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y agotamiento extremo, y tiene antecedentes de posible exposición a roedores, conejos o pulgas infectados. Una persona suele contraer peste bubónica entre 2 y 6 días después de haber estado expuesta.

La fase septicémica puede presentarse en un centro de salud como un caso típico de shock séptico ya que la fase bubónica a veces no ocurre. La infección por *Y. pestis* debe considerarse seriamente en función de la ubicación geográfica del paciente o con un historial de viaje significativo. En 2015 se diagnosticó un caso de peste en la Península Superior de Michigan en una persona que había viajado desde Colorado y otro caso en Georgia en una persona que había viajado a California.

ESTADO DE TLAXCALA | SESA SECRETARÍA DE SALUD

Alerta epidemiológica en Tlaxcala por un aumento de casos de síndrome de Guillain-Barré

05/03/2024

Luego de que se registraran varios casos de síndrome de Guillain-Barré, el Gobierno de Tlaxcala emitió una alerta epidemiológica para proteger a la población más vulnerable del estado.

El comunicado está dirigido a los centros de salud y hospitales de toda la entidad ya que, de manera inusual, se registra un alza en el contagio de este síndrome en diferentes regiones del estado.

Rigoberto Zamudio Meneses, titular de la Secretaría de Salud estatal (SESA), dio a conocer que varias personas en Tlaxcala presentaron los síntomas. Municipios como Santa Cruz Tlaxcala, la Capital y Calpulalpan son las más afectadas hasta el momento.

En el documento se explica que en 2024, hasta el 2 de marzo, se detectaron 18 casos que cumplen con la definición de caso, de los cuales ocho han sido confirmados. Gracias a la atención temprana no se han producido decesos por causa de esta enfermedad.

De acuerdo con las estadísticas oficiales de la SESA, los municipios que reportaron más casos en 2024 son Santa Cruz Tlaxcala (3 casos), Tlaxcala (3 casos) y Calpulalpan (2 casos).

De los contagiados, 12 son hombres (66,7%), con edades comprendidas entre 4 a 64 años. Doce casos (66,7%) son mayores de edad, y seis casos (33,3%) son menores de 15 años.

El cuadro clínico preliminar presentado por los casos registrados hasta el 2 de marzo muestra que 11 casos (61,1%) presentaron síntomas gastrointestinales, nueve casos (50%) síntomas respiratorios, y tres casos (16,6%) fiebre. Se ha aislado *Campylobacter jejuni* en seis casos (33,3%).

En relación con la manifestación neurológica, 13 casos (72,2%) presentaron progresión ascendente de la parálisis.

Con motivo de la emergencia sanitaria, las autoridades de Tlaxcala sostuvieron una reunión de emergencia el 5 de marzo, en la que adoptaron las siguientes medidas de prevención y control:

- Capacitar a personal de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención referente al síndrome de Guillain-Barré asociado a *C. jejuni.*
- Ante casos que cumplan con la definición de caso de síndrome de Guillain-Barré, indagar el antecedente de infección gastrointestinal, respiratoria, o vacunación contra la covid y la influenza.
- Ante casos que cumplan con la definición de caso de síndrome de Guillain-Barré, indagar acerca del consumo de carne de pollo y el posible sitio de compra o consumo.
- Realizar la medición del cloro residual en las localidades de procedencia de los casos de síndrome de Guillain-Barré.
- Implementar con la población en general y derechohabiente el reforzamiento de las medidas básicas de higiene, así como de manejo adecuado y desinfección de alimentos, en especial de productos cárnicos.

CHIRIQUÍ REFUERZA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA POR CASOS HUMANOS DE GUSANO BARRENADOR

05/03/2024

Tras el hallazgo de dos casos humanos de gusano barrenador, el Ministerio de Salud, Región de Chiriquí, reforzará la vigilancia epidemiológica, confirmó la jefa regional de Salud, Gladys Haydée Novoa Miranda.

Aunque uno de los casos fue detectado en Cerro Caballo, área limítrofe con la Comarca Ngabe Buglé y el otro en la comunidad de La Peña en Santiago de Veraguas, la región de Chiriquí, por ser un punto importante de la ganadería, redoblará los esfuerzos en conjunto con Zoonosis y el Ministerio de Desarrollo Agropecuario.

Novoa Miranda dijo que las dos pacientes –una adulta mayor de 94 años y una menor de edad– estaban recluidas en el Hospital Regional 'Dr. Luis Chicho Fábrega'; sin embargo la pequeña fue enviada al Hospital del Niño 'Dr. José Renán Esquivel', en la ciudad capital.

Agregó que el gusano barrenador del ganado es la larva de la mosca *Cochliomyia hominivorax*; es un parásito que durante la fase larvaria afecta a todos los animales de sangre caliente, incluyendo los seres humanos. Los casos en humanos son esporádicos; no obstante, se pueden presentar donde hay heridas, úlceras y deficientes medidas higiénicas, que atraen a las moscas, las cuales depositan sus huevecillos, de donde nacen los gusanos.

Indicó que en años anteriores, el gusano barrenador del ganado se mantenía limitado a la presentación de casos de forma fluctuante en la provincia de Darién, con algunas detecciones muy esporádicas en la provincia de Panamá; sin embargo, en el año 2023 se lo detectó en animales en prácticamente todas las regiones del país.

Los casos de dengue ya son 46.522

08/03/2024

Los casos de dengue siguen multiplicándose en Perú día tras día. Los contagios acumulados en 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 9, son 46.522, de acuerdo a las últimas cifras actualizadas del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), del Ministerio de Salud. En los últimos siete días hubo un aumento de 9.910 casos, convirtiéndose en la segunda SE con más reportes de la enfermedad, solo superada por la anterior, con 10.702.

El número de casos a la fecha registra un aumento de 174,3% respecto a la cifra alcanzada en el mismo periodo del año anterior (16.962). Es decir, casi el triple. Asimismo, si se lo compara con los casos de 2022 (11.689), el incremento es de 298%. De los 46.522 casos de dengue en el país a la fecha, 27.637 son confirmados y otros 18.885 probables.

Según el CDC, la mayoría de los casos de dengue de 2024 se han reportado en las regiones La Libertad (9.178), Piura (6.763), Ica (6.412), Áncash (5.368), Lima (4.815), Lambayeque (2.670), San Martín (2.085), Loreto (1.852), Cusco (1.320) y Tumbes (1.198).

La región de La Libertad es la que ha tenido un mayor incremento de contagios de dengue de una semana a la otra (3.030 casos más). En este ranking le sigue Lima, con 1.916 nuevos casos respecto de los registrados en la SE 8. Otras regiones con un considerable aumento de casos son Ica (1.767 casos más), Áncash (1.602), Piura (1.488) y Lambayeque (800).

Del total de casos a nivel nacional 41.367 (88,9%) no registraron signos de alarma, 4.951 (10,6%) fueron casos con signos de alarma y 204 (0,4%) fueron casos de dengue grave.

En tanto, se elevó a 53 el número de muertes a nivel nacional hasta el momento a causa del dengue. La anterior actualización de las cifras del CDC, de la SE pasada, mostraba que esta cifra era de 44.

Los casos en Lima

En el caso del departamento de Lima, la mayoría de los casos de dengue se concentran en el ámbito de Lima Metropolitana: 2.850 (59%). En esta misma área se ha producido un total de dos muertes por la enfermedad.

En Lima Metropolitana, la gran mayoría de los contagios se concentran en los distritos de San Juan de Lurigancho (254), Villa María del Triunfo (243), Villa El Salvador (213), Lurigancho (212), Ate (178), San Martín de Porres (149), Independencia (146), Puente Piedra (123), Carabayllo (104) y Pachacamac (93).

Las medidas del Ministerio de Salud

Desde Lambayeque, a donde arribó para coordinar acciones de prevención y control del dengue con autoridades locales y regionales, el ministro de Salud, César Henry Vásquez Sánchez, resaltó la labor de coordinación que viene teniendo el Gobierno central con las distintas direcciones regionales de salud en el marco de las acciones para combatir la enfermedad.

“Las direcciones regionales de salud son nuestros brazos operativos en esta lucha, no hay otra forma de enfrentar la enfermedad que de manera articulada. Nos toca a nosotros como gobierno nacional liderar estas articulaciones. Aquí se han sumado activamente los alcaldes, liderados por el alcalde provincial de Chiclayo. Además, los alcaldes distritales se están poniendo la camiseta”, indicó.

Sobre las críticas que viene recibiendo su gestión por parte del Congreso debido a la manera en que su sector viene combatiendo el avance del dengue en el país, Vásquez Sánchez señaló que su equipo de trabajo se encuentra “dando la pelea” al virus.

“Todo ciudadano es libre de opinar lo que considere y el Congreso con mayor razón. Los congresistas pueden decir lo que consideren. Yo creo que no es un fracaso el accionar del Ministerio de Salud. El dengue recién empieza, vamos a darle pelea juntos y los congresistas que consideran que es un fracaso deberían sumarse a este esfuerzo. Esa es la convocatoria que hago. Dejemos de buscar culpables”, señaló el ministro de Salud

Emergencia sanitaria

Mediante el Decreto Supremo Nº 004-2024-SA, del pasado 28 de febrero, el Gobierno oficializó la declaratoria de emergencia sanitaria en 20 regiones del país, debido al incremento de los casos de dengue.

Esta medida regirá, por un periodo de 90 días calendario, en las regiones Amazonas, Áncash, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tumbes, Ucayali, así como en la provincia constitucional de El Callao.

En tanto, en la tarde del 7 de marzo, Vásquez Sánchez llegó a la provincia de Ferreñafe, junto con un batallón de 250 brigadistas, entre fumigadores e inspectores, para liderar los trabajos de control larvario y fumigación casa por casa. El objetivo fue identificar y eliminar criaderos del mosquito transmisor *Aedes aegypti*. Efectivos del Ejército peruano, brigadistas de la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud, y agentes comunitarios de salud también se unieron a las labores.

“Personalmente estoy monitoreando el trabajo de las regiones. Estamos saliendo región por región y hoy tocó Lambayeque. Vemos con mucho agrado que están haciendo su trabajo, programando y ejecutando acciones de prevención. Nosotros estamos acompañándolos en esta tarea”, refirió.

El ministro dio a conocer que de los 54 millones de dólares asignados a 20 departamentos en el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria, 3,2 millones llegarán a Lambayeque. Precisó que este monto se suma a los 1,3 millones que se transfirieron a inicios del año 2024.

Por otro lado, el Ministerio de Salud informó que a fin de continuar fortaleciendo la organización de los servicios de salud contra el dengue y mejorar la atención a los pacientes, equipos técnicos de la Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS), la Unidad Funcional de Gestión de Calidad en Salud y las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) visitaron el Hospital Nacional ‘Dr. Sergio Ernesto Bernales García’, de Collique, para realizar el monitoreo y brindar asistencia técnica a los profesionales de la salud.

“Se inspeccionaron los servicios de triaje, unidad de febriles, unidades de vigilancia clínica, laboratorios y farmacia, así como la disponibilidad de recursos humanos, entre otros, para garantizar oportuno diagnóstico y manejo clínico de pacientes”, detalló.

Críticas

El Decano del Colegio Médico del Perú (CMP), Dr. José Raúl Urquizo Arestegui, dijo que la entidad que preside advirtió desde meses atrás que la cifra de casos de dengue en el país se estaba disparando, por lo que era necesario que el Gobierno replanteara su manejo de la enfermedad y evaluara la posibilidad de declarar la emergencia sanitaria.

"El año pasado el número de casos fue mucho mayor que en años anteriores. Y ya en enero de este año las cifras se duplicaron en muchas regiones. Por eso planteamos que era necesario replantear el manejo del dengue y declarar en emergencia algunas regiones. Sin embargo, el ministro de Salud respondió que yo no estaba bien informado", comentó.

Urquizo Arestegui agregó que pasados los meses, la cosa iba peor, por lo que una semana después de lo dicho por el ministro se declararon en emergencia sanitaria 20 regiones del país.

"¿Qué significa eso? Que, como siempre, el Ministerio de Salud reaccionó tardíamente. Las cifras siguen aumentando progresivamente, lo que quiere decir que las medidas que están tomando el gobierno no vienen funcionando. El trabajo de prevención ha fracasado", resaltó.

El decano del CMP opinó que el problema no solo es de presupuesto, pues precisó que este año el sector cuenta con el triple de dinero que tenía el año pasado para combatir el dengue. Consideró que el problema es esencialmente de organización entre los distintos sectores de gobierno.

"¿El Ministerio de Vivienda ha instalado agua y desagües en Piura? No. Si lo hubiera hecho el mosquito transmisor no tendría dónde dejar sus huevos. La responsabilidad también la tiene el Ministerio de Vivienda, el Ministerio del Ambiente, el Ministerio de Educación; ahora que los chicos ya están empezando las clases", dijo.

Por su parte, el Dr. Carlos Alberto Medina Collado, médico infectólogo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, lamentó el hecho de que las medidas que viene tomando el Gobierno para contrarrestar el dengue son reactivas, tal y como ha pasado en los últimos cuatro años. Explicó que en 2023 la cantidad de casos superó al total del 2022, siendo el pico más grande de casos en la historia de Perú, por lo que era esperable que con el inicio del fenómeno de El Niño el año pasado se tenga un panorama igual o mayor durante 2024, y efectivamente eso es lo que está pasando.

"En realidad siempre se pueden implementar estrategias para poder tratar de amortiguar el impacto de un brote, pero el impacto de las medidas va a variar dependiendo del momento. Si algo nos enseñó la covid es que no solo importa la respuesta sino el momento en que se ejecuta. Si es muy tardía, el impacto será muchísimo menor. En este momento ya estamos en medio de la tormenta y lo que tenemos que fortalecer principalmente es la detección temprana y la atención de las personas que puedan estar afectadas. Tratar de frenar en algo la transmisión", detalló el especialista.

Medina Collado destacó la importancia de tratar de proteger sobre todo a la población vulnerable: los niños, los adultos mayores, las madres gestantes y las personas con comorbilidades. Ellos son el grupo más expuesto.

Asimismo, el médico infectólogo dijo que todo cuadro infeccioso depende de varios factores, siendo uno de los más importantes el factor ambiental. "Tenemos un factor ambiental propicio, con las olas de calor y las lluvias, que favorecen a la multiplicación del vector. Con estas condiciones el tiempo de multiplicación es más corto", explicó.

En cuanto a los trabajos de fumigación que viene promocionando el Ministerio de Salud en diversas partes del país, como los que se desarrollan ahora en Lambayeque, Medina Collado consideró que tienen un impacto “muy pobre”.

“En realidad es una medida que tiene que hacerse para tratar de frenar el vector. Pero no es una sola medida, se trata de implementar un paquete de medidas y cumplir con todas porque si una cojea las otras medidas disminuyen su eficacia. En este caso la fumigación es una de las tantas estrategias que se tienen que hacer con un paquete de medidas”, dijo.

En tanto, detalló que la velocidad con la que se puede llegar a fumigar a diferentes viviendas en una comunidad no es muy rápida y no superará definitivamente la multiplicación del vector, sobre todo en estos momentos en donde hay una ola de calor y bastantes lluvias en el norte.

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Africa

Etiopia

Situación epidemiológica de la malaria

18/02/2024

Etiopía sufre desde hace varios años un brote de malaria que está poniendo más tensión en su ya frágil sistema sanitario.

En 2022, se notificaron brotes de malaria en la mayoría de las regiones, acompañados de una notable tendencia al alza en los casos: se confirmaron aproximadamente 3,3 millones de casos de malaria. En 2023, se notificaron más de 4,1 millones de casos de malaria, incluidas 527 muertes.

En 2024, la tendencia de los casos notificados es mayor en comparación con años anteriores para el mismo período, y durante la última semana epidemiológica (SE) informada –la SE 6–se registraron 94.576 casos y 14 muertes. Esto marca una disminución de 7,6% en los casos de malaria en comparación con la SE 5. Aproximadamente 1.393 woredas (distritos) notificaron al menos un caso de malaria en todo el país durante la SE 6.

Del total de casos reportados durante esta SE, 95,6% fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio, de los que *Plasmodium falciparum* fue responsable de 63,4% de los casos.

En 2024, hasta el 11 de febrero, se notificó en todo el país un total de 525.790 casos y 120 muertes (tasa de letalidad de 0,02%). Más de 70,0% de los casos se notificó en cuatro regiones: Oromia (35,5%), Amhara (19,5%), South West Ethiopia Peoples' Region (SWEPRS; 11,8%) y South Ethiopia (10,3%). Sin embargo, la tasa de incidencia cada 100.000 habitantes más elevada, corresponde a la región de Gambella (4.324 casos cada 100.000 habitantes), seguida de SWEPRS (1.846), Afar (574) y Tigray (488).

A pesar del apoyo brindado, la mortalidad sigue siendo elevada en las zonas afectadas. El sistema de salud enfrenta desafíos debido a emergencias y eventos concurrentes, lo que lleva a una sobrecarga de recursos.

La falta de tratamiento oportuno y la interrupción de los esfuerzos fundamentales de control de vectores en las regiones afectadas por los conflictos, combinados con los movimientos de población hacia y desde regiones con alta prevalencia de malaria, probablemente estén intensificando la dinámica de transmisión y facilitando la propagación de la enfermedad a áreas y poblaciones susceptibles.

Además, las anomalías climáticas inducidas por el efecto de El Niño están creando condiciones propicias para la reproducción de los mosquitos y la supervivencia de parásitos, aumentando así la probabilidad de que la enfermedad se propague a zonas menos propensas a brotes.

Acciones de salud pública

- Se han implementado foros nacionales de coordinación contra la malaria, que facilitan la colaboración y la coordinación entre las partes clave involucradas en las actividades de control de la malaria.
- Se están llevando a cabo esfuerzos de respuesta para abordar los brotes actuales y los aumentos anormales de malaria en varios woredas, pero su impacto sigue siendo insuficiente para reducir la morbilidad y la mortalidad.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado brindando un apoyo significativo, tanto en términos de suministros como de asistencia técnica, a las autoridades sanitarias y sus socios.
- Se están realizando esfuerzos de vigilancia activa en áreas donde el sistema de salud funciona eficazmente.
- Se encuentra disponible el Protocolo Nacional de Gestión de Casos de Malaria para el diagnóstico y tratamiento de los casos. Los trabajadores de la salud están desplegados tanto a nivel comunitario como de instalaciones, lo que garantiza el acceso a los servicios de atención médica para las personas que buscan diagnóstico y tratamiento de la malaria.
- Se establecieron sitios centinela para monitorear los vectores de la malaria y evaluar su susceptibilidad a los insecticidas, proporcionando datos valiosos para orientar las estrategias de control de vectores y mitigar el desarrollo de resistencia a los insecticidas.

Interpretación de la situación

La malaria es endémica en Etiopía y sigue siendo una de las principales amenazas para la salud pública a pesar de su reducción en las últimas dos décadas. La enfermedad es altamente estacional e inestable con patrones de transmisión propensos a epidemias en muchas partes del país. A pesar de los esfuerzos desplegados, la incidencia sigue siendo alta en los últimos años. Esto se atribuye principalmente a acciones insuficientes de preparación y respuesta, exacerbadas por el acceso deficiente en regiones afectadas por conflictos, limitaciones logísticas y financieras y recursos humanos inadecuados. La presencia de refugiados, particularmente en regiones fronterizas con alta endemicidad de malaria, exacerba aún más el aumento de los casos de malaria y genera preocupación sobre la posibilidad de importación de cepas de parásitos resistentes a los medicamentos contra la malaria.

En febrero de 2024, varios países de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) informaron de un aumento en los casos de psitacosis en 2023 y principios de 2024, particularmente marcado desde noviembre-diciembre de 2023.

Austria

Se notificaron 14 casos confirmados en cinco de los nueve estados federados en 2023, en comparación con la media de dos casos (rango: 1-4) por año en los ocho años anteriores. En 2024, se notificaron cuatro casos hasta el 4 de marzo de 2024, siendo la fecha de aparición más temprana el 24 de enero. Ninguno de estos casos no relacionados notificados en 2023 o 2024 informó de viajes al extranjero y no se han mencionado aves silvestres como fuente de la infección.

En Austria, los casos sospechosos y confirmados de psitacosis, así como las muertes por psitacosis, son de declaración obligatoria. El país no reportó cambios en los procedimientos de diagnóstico (actualmente se utiliza la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa, RT-PCR) que pudieran explicar este aumento en los casos reportados de psitacosis.

Dinamarca

El país informó un marcado aumento de casos de psitacosis desde fines de 2023 hasta mediados de enero de 2024. Al 27 de febrero de 2024, 23 personas dieron positivo en pruebas para *Chlamydophila psittaci* mediante RT-PCR. La mayoría de los casos se notificaron en las regiones de Nordjylland, de Sjælland y de Hovedstaden. Diecisiete casos (74%) fueron hospitalizados, de los cuales 15 tuvieron neumonía y cuatro fallecieron.

De las investigaciones epidemiológicas se ha relacionado un caso con aves domésticas que dieron positivo para *C. psittaci*. De los otros 15 casos con información de exposición disponible, 12 (80%) indicaron contacto con aves silvestres (principalmente a través de comederos para aves). En tres casos no hay información disponible sobre la exposición a aves y en los cuatro casos restantes no se ha informado de contacto directo con aves. La transmisión a través de pollos se descartó mediante pruebas en aves sospechosas en dos de los casos reportados en contacto con aves.

En los últimos cinco años, Dinamarca ha notificado entre 15 y 30 casos humanos al año, la mayoría de los cuales han estado relacionados con la exposición a aves domésticas (por ejemplo, loros, periquitos o palomas mensajeras) y patos manipulados durante la caza; sin embargo, cada año varios casos no reportan contacto directo con aves, lo que sugiere una posible exposición ambiental. No hay indicios de un aumento de las pruebas o de cambios en los procedimientos de prueba en Dinamarca que puedan explicar el aumento actual de los casos de psitacosis.

El Instituto Nacional de Salud de Dinamarca (Statens Serum Institute) sospecha que las infecciones están asociadas principalmente con aves silvestres a través de la inhalación de partículas en el aire procedentes de excrementos secos de aves infectadas. Actualmente se desconoce la prevalencia de *C. psittaci* entre las aves silvestres en Dinamarca y hay planes en mar-

cha para examinar muestras de aves silvestres enviadas para pruebas de influenza aviar para aclarar esto. Se supone que el número real de personas infectadas con *C. psittaci* es mucho mayor que lo informado. Algunos casos pueden estar asociados con la exposición a psitácidos domésticos u otras aves que pueden portar la bacteria de forma asintomática.

Alemania

Se informó un aumento de personas que dieron positivo para *C. psittaci* en diciembre de 2023, con cinco casos confirmados, lo que hace un total de 14 casos confirmados en 2023. En 2024, al 20 de febrero, se notificaron otros cinco casos confirmados. No hay informes de un conglomerado geográfico, excepto una acumulación de casos alrededor de la ciudad de Hannover durante el último año. Casi todos los casos tuvieron neumonía (18 de 19), 16 de los cuales fueron hospitalizados.

Entre los 19 casos notificados desde el 1 de enero de 2023 al 19 de febrero de 2024, ninguno tenía información sobre exposición a aves silvestres, aunque cinco de los casos (26%) reportaron exposición a aves domésticas como loros, gallinas o palomas de cría.

En los últimos cinco años, Alemania ha notificado un promedio de 15 casos por año, con el mayor número de casos en 2022 (19 casos) y el menor en 2019 (11 casos). Por lo general, se reportan entre cero y dos casos por mes. Alrededor de 72% de los casos (56 de 78) de los últimos cinco años fueron confirmados mediante pruebas de anticuerpos. A menudo falta información sobre la exposición a aves.

Suecia

Se notificó un número inusualmente alto de casos de psitacosis a fines de noviembre de 2023 y principios de diciembre de 2023, con siete casos notificados en noviembre y 19 casos en diciembre. Esto representa una duplicación del número de casos en comparación con los meses respectivos de los cinco años previos.

En 2024, sin embargo, se notificaron diez casos en enero y tres en febrero, cifra inferior al número medio de casos notificados en el mismo período de los cinco años anteriores. En general, Suecia informó un aumento en el número de casos notificados de psitacosis a partir de 2017.

Geográficamente, los casos notificados a principios de noviembre de 2023 se distribuyen entre ocho de las 21 regiones de Suecia, todas ellas situadas en el tercio más meridional del país. Los casos notificados han estado en contacto con excrementos de aves pequeñas, principalmente a través de comederos, y se cree que algunos han sido infectados a través de aves domésticas (gallinas o cacatúas).

Es probable que los cambios en las prácticas de diagnóstico hayan contribuido a este aumento, ya que se ha vuelto cada vez más común utilizar paneles de RT-PCR para la detección.

Países Bajos

Se observó un aumento de casos confirmados de psitacosis desde fines de diciembre de 2023, con 21 personas reportadas como positivas para *C. psittaci* al 29 de febrero de 2024, lo que representa el doble de casos que en el mismo período de años anteriores. En los últimos diez años, se ha reportado un promedio de nueve casos durante el mismo período.

Los casos recientes se han extendido geográficamente por todo el país sin que se haya identificado una fuente común de infección. Los casos tenían una edad promedio de 67 años (ran-

go: 37-86 años), de los cuales 16 eran hombres (76%). Todos los casos recientes fueron hospitalizados y un caso murió. Seis de los 21 casos notificados desde fines de diciembre de 2023 informaron contacto con excrementos de aves silvestres, siete tuvieron contacto con excrementos de aves domésticas y ocho casos no informaron ningún contacto con aves.

Los procedimientos de prueba no han cambiado en los últimos años en Países Bajos. Desde 2018, más de 95% de las notificaciones se basan en pruebas de RT-PCR.

Respuesta de salud pública

La psitacosis humana es una enfermedad de declaración obligatoria en los países afectados. Se implementaron investigaciones epidemiológicas para identificar posibles exposiciones y conglomerados de casos.

Los sistemas nacionales de vigilancia están monitoreando de cerca la situación, incluido el análisis de laboratorio de muestras de aves silvestres enviadas para pruebas de influenza aviar para verificar la prevalencia de *C. psittaci* entre estas aves.

Evaluación de riesgos de la OMS

En general, cinco países de la Región Europea de la OMS informaron un aumento inusual e inesperado en los casos de infección por *C. psittaci*. Algunos de los casos reportados desarrollaron neumonía y resultaron en hospitalización, y también se reportaron casos fatales.

Suecia informó un aumento general de los casos desde 2017, lo que podría estar asociado con el mayor uso de paneles de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) más sensibles. El aumento de los casos notificados en todos los países requiere una investigación adicional para determinar si se trata de un aumento real de casos o de un aumento debido a técnicas de diagnóstico o vigilancia más sensibles.

Si bien las aves que portan esta enfermedad podrían estar cruzando fronteras internacionales, actualmente no hay indicios de que esta enfermedad sea transmitida por humanos a nivel nacional o internacional. Generalmente, las personas no transmiten la bacteria que causa la psitacosis a otras personas, por lo que existe una baja probabilidad de una mayor transmisión de la enfermedad de persona a persona. Si se diagnostica correctamente, este patógeno se puede tratar con antibióticos.

La OMS continúa monitoreando la situación y, basándose en la información disponible, evalúa el riesgo que representa este evento como bajo.

Consejos de la OMS

La OMS recomienda las siguientes medidas para la prevención y el control de la psitacosis:

- aumentar la conciencia de los médicos para realizar pruebas en los casos sospechosos de infección por *C. psittaci* para el diagnóstico mediante RT-PCR.
- aumentar la conciencia entre los propietarios de aves domésticas o enjauladas, especialmente psitácidos, de que el patógeno puede transmitirse sin una enfermedad aparente.
- poner en cuarentena aves recién adquiridas. Si algún ave se ve enferma, debe comunicarse a un veterinario para su examen y tratamiento.
- realizar vigilancia de *C. psittaci* en aves silvestres, incluyendo especímenes recolectadas por otros motivos.

- alentar a las personas que tienen aves de compañía a mantener las jaulas limpias, colocarlas de manera que los excrementos no se esparzan entre ellas y evitar jaulas superpobladas.
- promover una buena higiene, incluido el lavado frecuente de manos, al manipular aves, sus heces y su entorno.
- implementar prácticas estándar de control de infecciones y precauciones de transmisión por gotitas para los pacientes hospitalizados.

Chlamydophila psittaci es una bacteria que causa la enfermedad zoonótica de la psitacosis en humanos. Las infecciones humanas generalmente se asocian con quienes trabajan con aves de compañía, trabajadores avícolas, veterinarios, dueños de aves de compañía y jardineros en áreas donde *C. psittaci* es epizoótica en la población de aves nativas.

C. psittaci ha sido asociada con más de 450 especies de aves y también se ha encontrado en varias especies de mamíferos, incluidos perros, gatos, caballos, rumiantes grandes y pequeños, cerdos y reptiles. Sin embargo, las aves, especialmente las de compañía (psitácidos, pinzones, canarios y palomas), son las que con mayor frecuencia causan la psitacosis humana. La transmisión de la enfermedad a los humanos se produce principalmente por inhalación de partículas en el aire provenientes de secreciones respiratorias, heces secas o polvo de plumas. No es necesario el contacto directo con las aves para que se produzca la infección.

En general, la psitacosis es una enfermedad leve, con síntomas que incluyen fiebre y escalofríos, dolor de cabeza, dolores musculares y tos seca. La mayoría de las personas comienzan a desarrollar signos y síntomas entre 5 y 14 días después de la exposición a la bacteria. El tratamiento antibiótico oportuno es eficaz y permite evitar complicaciones como la neumonía. Con un tratamiento antibiótico adecuado, la psitacosis rara vez (menos de uno de cada 100 casos) provoca la muerte.

Aumentan en todo el país los casos de sarampión

27/02/2024

La gobernación de Nínive, en el norte de Irak, registró un aumento sin precedentes de los casos de sarampión desde octubre de 2023.

Una fuente médica en Nínive confirmó que los hospitales de la gobernación han registrado cientos de casos de sarampión desde principios del año en curso.

La fuente también dijo, bajo condición de anonimato, que los hospitales de la ciudad de Mosul, especialmente el Hospital Especializado en Niños Ibn Al-Atheer, que cada mes se diagnostican oficialmente entre 400 y 500 casos de sarampión, señalando que el aumento en las tasas de casos se viene reportando desde octubre de 2023.

La fuente explicó que las estadísticas anteriores sobre el número de infecciones por sarampión incluyen sólo a aquellos que fueron registrados y admitidos oficialmente para recibir tratamiento en los hospitales, destacando que "solo uno de cada cinco o seis casos de sarampión ingresa en las salas de los hospitales y se registra oficialmente, iniciando una historia clínica para que el paciente pueda recibir tratamiento".

La fuente reveló que se han registrado muertes por sarampión, especialmente entre niños menores de dos años que padecen enfermedades cardíacas y otras, y que sólo el Hospital Ibn al-Atheer registró cinco muertes durante los últimos dos meses, además de que un niño de 5 años gravemente enfermo se encuentra actualmente en la unidad de cuidados intensivos tras sufrir encefalitis como consecuencia de las complicaciones del sarampión.

También señaló que muchos casos de sarampión no están incluidos en las listas de infectados, porque muchos de ellos, especialmente en pueblos y zonas alejadas del centro de la ciudad, no acuden a los hospitales. Asimismo, muchos de los infectados en el centro de Mosul tampoco acuden a los hospitales porque sus familias saben que esta enfermedad no cuenta con una cura.

En la ciudad de Mosul existen dos centros de aislamiento para casos de sarampión: el Hospital para Febriles Al-Shifa, con 16 camas, y el Hospital Especializado en Niños Ibn Al-Atheer, también con 16 camas.

La prioridad de vacunación contra el sarampión para niños

El portavoz de Salud de Nínive, Bashar Al-Jader, confirmó que se habían registrado casos de sarampión en los hospitales de Mosul, pero negó que existiera una propagación generalizada de la enfermedad.

Al-Jader dijo que "las infecciones por sarampión se diagnostican mediante pruebas clínicas o de laboratorio", señalando que las pruebas de laboratorio confirmaron la infección en 44 personas, la mayoría de ellas niños, mientras que las pruebas clínicas mostraron que un número

mucho mayor estaban infectados. Los casos registrados son casos simples que se tratan rápidamente, mientras que los casos graves son ingresados en hospitales para recibir tratamiento, o en centros de aislamiento, de ser necesario.

Al-Jader afirmó que "la tasa de infección por sarampión en Nínive no muestra cifras elevadas, especialmente si se calcula con la población de la gobernación, que se acerca a los 5 millones", indicando que el Departamento de Salud de Nínive proporciona la vacuna a las personas que han estado en contacto con el paciente, en un intento por reducir su riesgo de infección.

Destacó que la mayoría de los contagios registrados, especialmente los graves, se deben a personas que no recibieron la vacuna contra la enfermedad cuando eran jóvenes, y que hay casos raros en los que quienes recibieron la vacuna se contagian, pero la enfermedad es leve.

Al-Jader llamó a la población de la gobernación a visitar los centros de salud para recibir las vacunas de rutina contra el sarampión y otras enfermedades, destacando que completar el calendario de vacunación de los niños "es una necesidad y una prioridad para protegerlos de contraer esta enfermedad y otras".

El Ministerio de Salud iraquí también anunció un aumento de los casos de sarampión en todas las gobernaciones, y el portavoz del ministerio, Saif Al-Badr, dijo en un comunicado: "Irak registra un aumento en el número de infecciones por encima de la tasa normal, gradualmente desde el año pasado, y este aumento continuó hasta el año actual en todas las gobernaciones, en proporciones variables".

Añadió que las vacunas han demostrado ser eficaces para evitar enfermedades, incluido el sarampión, y pidió a la ciudadanía que cumpla con el calendario de vacunación de sus hijos.

Explicó que todos los grupos de edad pueden contraer sarampión, pero el grupo más afectado es el de los niños, destacando la necesidad de prestar atención a los síntomas de la enfermedad en sus primeras etapas, y aislar a la persona infectada hasta que se interrumpa la cadena de transmisión de la infección. Advirtió que el sarampión, en casos raros, puede provocar complicaciones o incluso la muerte, que dependen del estado inmunológico de la persona infectada y de otros factores.

El clima más cálido puede provocar una epidemia masiva en Gaza

04/03/2024

Un niño palestino transporta un contenedor de agua en una silla de ruedas por una calle de la ciudad de Gaza, en medio del actual conflicto entre Israel y Hamás.

En medio de muertes, destrucción y desplazamientos aparentemente interminables, la vida en Gaza se ha convertido en sufrimiento. Al menos 30.000 personas han muerto y muchas más han resultado heridas desde el inicio de los bombardeos de represalia de Israel tras la intrusión de Hamás del 7 de octubre. Y el severo clima invernal, marcado por fuertes lluvias y temperaturas tan bajas como 9°C, ha hecho que la Franja sea prácticamente inhabitable para sus más de 2 millones de habitantes, muchos de los cuales se vieron obligados a huir de sus hogares sin abrigos o mantas. Aquellos que logran guarecerse en refugios superpoblados se consideran afortunados. Otros residen en tiendas de campaña improvisadas, sin nada más que lonas y plásticos finos para protegerlos de los elementos.

Si bien muchos pueden recibir la llegada de la primavera como un alivio muy necesario del frío, los expertos advierten que las temperaturas más cálidas conllevan su propia serie de desafíos, que podrían empeorar mucho la situación en Gaza. Esto se debe a que el clima más cálido, si bien es beneficioso en algunos aspectos, puede acelerar la propagación de enfermedades transmisibles, como la diarrea y la hepatitis A, al tiempo que reduce el riesgo de otras. “A medida que la estación cambie a primavera y verano, habrá una menor incidencia de ciertas enfermedades infecciosas: influenza, covid y otros virus respiratorios que afectan a los niños”, afirmó Francesco Checchi, epidemiólogo de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, especializado en el control de enfermedades en crisis. “Ese es simplemente un efecto estacional que ocurriría en cualquier año determinado, y esa es quizás la única ventaja que puedo citar”.

Una de las principales preocupaciones de Checchi es que el clima más cálido podría incluso provocar un brote de cólera. “Si se introduce en la Franja de Gaza algo como el cólera, 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, ni saneamiento adecuado”, dijo, señalando que el diezmado sistema de atención médica de Gaza no tiene los recursos para hacer frente a enfermedades que requieren una rehidratación exhaustiva. Los pocos centros de salud que aún quedan están a punto de colapsar.

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

Quizás la crisis más aguda sea la terrible falta de alimentos y otro tipo de ayuda humanitaria que ingresa a la Franja, condiciones que la Organización de Naciones Unidas (ONU) y otros han advertido que harán que la hambruna sea “casi inevitable“. El nivel de desesperación que enfrenta el pueblo de Gaza quedó subrayado el 29 de febrero, cuando más de 100 palestinos

murieron y cientos más resultaron heridos al intentar acceder a un raro convoy de ayuda en el norte de Gaza, que ha estado prácticamente aislado de la ayuda humanitaria. Mientras que los funcionarios palestinos atribuyeron la mayor parte de las bajas al ejército israelí, que supuestamente abrió fuego contra la multitud que convergía en el convoy, el ejército israelí atribuyó la magnitud de las bajas a una estampida. Una investigación, que incluyó videos y relatos de testigos presenciales del evento, demostró que "el verdadero pánico no comenzó hasta que los soldados y tanques israelíes comenzaron a disparar, golpear a civiles y provocar una estampida". Líderes en Estados Unidos, el Reino Unido, Francia y Alemania han pedido una investigación independiente sobre el incidente.

Los palestinos asisten a las oraciones del mediodía frente a las ruinas de la mezquita de Al-Faruq, destruida durante los ataques israelíes en Rafah.

Mientras que Estados Unidos se unió a otros países para lanzar desde el aire decenas de miles de comidas sobre la Franja durante el fin de semana en un esfuerzo por frenar la crisis del hambre, las organizaciones humanitarias advierten que los lanzamientos desde el aire por sí solos no serán suficientes para satisfacer las infinitas necesidades de la población de Gaza. "Los lanzamientos desde el aire no son la solución para aliviar este sufrimiento y distraen tiempo y esfuerzo de soluciones probadas para la ayuda a gran escala", dijo el Comité Internacional de Rescate en un comunicado. "Todo el enfoque diplomático debe centrarse en garantizar que Israel levante el asedio de Gaza, reabra sus cruces y permita el movimiento seguro y sin obstáculos de la ayuda humanitaria (incluido combustible, alimentos y suministros médicos) y de los trabajadores humanitarios y el personal médico para ayudar a los enfermos y heridos".

Fozia Alvi, una médica canadiense que recientemente regresó de un viaje médico a Gaza a través de su grupo de ayuda Humanity Auxilium, atendió niños con síntomas de desnutrición severa, incluidos algunos que ella cree que sufrían de raquitismo, una condición que a menudo se deriva de deficiencias dietarias. También vio infecciones por hongos y hepatitis A, cuya propagación atribuyó al hacinamiento generalizado. "Los niños y adultos que escaparon de los bombardeos y los disparos de francotiradores morirán a causa de las enfermedades", dijo Alvi, refiriéndose a más de un millón de palestinos que huyeron a las ciudades de Khan Younis y Rafah, en el sur de Gaza, donde ella tenía su base. "Todas estas son cosas que podemos prevenir si tuviéramos los medios para hacerlo".

Esta combinación de desnutrición y enfermedades puede resultar en un círculo vicioso, advirtió Checchi, señalando que los niños con desnutrición aguda son extremadamente vulnerables a las infecciones. De hecho, al menos 90% de los niños menores de cinco años en Gaza han sido afectados por una o más enfermedades infecciosas, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Alrededor de 70% ha sufrido diarrea en las dos semanas anteriores a su informe del 19 de febrero, un aumento de 23 veces con respecto a la base de referencia de 2022. Al menos 15 niños ya han muerto como resultado de ello en los últimos días, según el Ministerio de Salud de Gaza.

"Un niño que padece desnutrición aguda normalmente muere por una enfermedad infecciosa, no de hambre", dijo Checchi. "Lo que más me horroriza es que veamos tasas de desnutrición consistentes con algunas de las peores hambrunas jamás descritas".

Esta amenaza ha provocado una alarma generalizada entre las organizaciones humanitarias y los gobiernos, muchos de los cuales ahora están pidiendo un alto el fuego para hacer frente a la catástrofe en curso, particularmente antes de la invasión prevista por Israel de Rafah, la ciudad más meridional de Gaza, donde actualmente reside la gran mayoría de la población de la Franja.

Palestinos haciendo fila para recibir una comida gratis en Rafah, Gaza.

Checchi dijo que incluso una pausa de tres semanas, aunque insuficiente, podría al menos permitir a los expertos en salud llevar a cabo una campaña de vacunación contra el cólera, por ejemplo, algo que, según él, requeriría permitir que los grupos humanitarios traigan alimentos y medicinas a la Franja y circulen libremente dentro de ella, ninguna de las cuales es posible actualmente. “Como mínimo, la población de Gaza necesita tener cubiertas sus necesidades básicas de alimentos y agua, las cuales se espera que aumenten a medida que las temperaturas aumenten. Incluso si las cosas siguen exactamente como están, el número de niños que caerán en desnutrición aguda y grave aumentará exponencialmente, y yo esperaría que la carga de enfermedades infecciosas también aumentara”, añadió.

Un estudio reciente proyectó que, incluso en ausencia de epidemias, 58.260 palestinos más morirán en los próximos seis meses si las cosas siguen sin cambios. Esa cifra aumentaría a 74.290 en caso de una escalada.

“La forma en que van las cosas en este momento es consistente con nuestro peor escenario”, dijo Checchi. “Y quizás incluso un poco peor que eso”.

Nueve muertos y decenas de hospitalizados tras comer carne de tortuga en Zanzíbar

10/03/2024

Ocho niños y una mujer adulta han muerto en la isla de Pemba, que forma parte del archipiélago de Zanzíbar, mientras que otras 78 personas han sido hospitalizadas tras consumir carne de tortuga marina, informaron las autoridades locales el 9 de marzo.

El consumo de carne de tortuga marina es considerado un manjar en Zanzíbar, a pesar de los riesgos para la salud humana que ello conlleva.

De forma periódica se producen casos de quelonitoxismo, una forma de intoxicación alimentaria causada por el consumo de carne de tortuga marina contaminada con quelonitoxinas, que no afectan al animal, pero sí a las personas. Entre los problemas que ello puede acarrear se encuentran síntomas gastrointestinales, seguidos de toxicidad neurológica, hepática y renal, hasta el punto de que puede provocar la muerte.

El Dr. Haji Bakari, funcionario médico del distrito de Mkoani, informó que la carne de tortuga que causó estas muertes se consumió el 5 de marzo. "Las pruebas de laboratorio confirmaron que todas las víctimas habían consumido carne de tortuga marina", añadió Bakari.

"La mujer, madre de uno de los niños que murieron tras consumir este animal, falleció el 8 de marzo por la noche", señaló Bakari.

Tras lo ocurrido, las autoridades de Zanzíbar, una región semiautónoma de Tanzania, enviaron a un equipo de gestión de desastres liderado por Hamza Hassan Juma, que instó a la población a evitar el consumo de tortugas.

Este no ha sido el único caso aislado en ese país de muertes por comer carne de tortuga. Ya en noviembre de 2021, otras siete personas murieron en Pemba, incluido un niño de tres años, y tres más fueron hospitalizados.

El quelonitoxismo es un tipo de intoxicación alimentaria que ocasionalmente resulta del consumo de carne de tortugas, particularmente marinas, en la región de los océanos Atlántico, Pacífico e Índico. Es considerado un evento raro.

Cuatro especies de tortugas marinas han sido asociadas con el quelonitoxismo: la tortuga carey (*Eremochelys imbricata*), la tortuga verde (*Chelonia mydas*), la tortuga boba (*Caretta caretta gigas*) y la tortuga laúd (*Dermochelys coriacea*), además de la especie de agua dulce de Nueva Guinea, la tortuga de caparazón blando gigante (*Pelochelys bibroni*). El consumo de estas especies ha provocado incidentes de intoxicación en diversas épocas del año en diversos lugares tropicales y subtropicales, incluidos el Sudeste Asiático, Indonesia, Filipinas y Nueva Guinea, así como el sur de Asia Meridional (Golfo de Mannar) y el archipiélago de Zanzíbar. La región del sur de Asia Meridional registró 89 muertes por quelonitoxismo –principalmente por carne de tortuga carey y tortuga verde–, entre 1840 y 1983, principalmente en Tamil Nadu y el norte y oeste de Sri Lanka.

El quelonitoxismo puede ser mortal y el tratamiento de apoyo es el único tratamiento disponible; no existe un antídoto. La tortuga marina es un alimento tradicional en la región del Océano Pacífico Occidental y el Océano Índico. Los síntomas del quelonitoxismo comienzan a aparecer entre horas y una semana después del consumo de carne de tortuga que no ha sido sancochada repetidamente. Los niños son especialmente susceptibles y se ha informado que las toxinas se transfieren fácilmente a través de la lactancia materna, incluso cuando la madre no experimenta ningún síntoma.

Los signos digestivos incluyen náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, disfagia, anomalías en la lengua y un hígado firme y no doloroso. Las autopsias han revelado hemorragias en el hígado, el esófago y el estómago, con edema de la mucosa del esófago, el estómago y los intestinos. Había cambios grasos y necrosis del hígado. Otros órganos que se encuentran anormales en la autopsia incluyen vesícula biliar inflamada, riñones congestionados y bazo agrandado.

Los signos cardiovasculares incluyen taquicardia leve variable y caída moderada de la presión arterial sistólica, palidez y, en la autopsia, corazón flácido con petequias hemorrágicas. Los signos neurológicos incluyen aumento de la salivación, sudoración, vértigo, letargo y disminución de los reflejos profundos, a veces seguidos de coma y muerte. Se descubrió que la muerte se debe a una insuficiencia respiratoria. En la autopsia se observa edema cortical cerebral y petequias hemorrágicas. También se han informado fiebre baja, sed, estreñimiento y aborto espontáneo, mientras que los signos típicos de reacción alérgica están ausentes. Una recuperación completa puede llevar semanas y no se sabe si las secuelas son permanentes. Si bien los exámenes toxicológicos estándar de los hospitales no detectan toxinas conocidas, cuando se alimenta con el contenido del estómago de los pacientes hospitalizados a pequeños animales de laboratorio, éstos mueren. Se ha especulado que el quelonitoxismo puede implicar una neurotoxina.

El distrito de Kyenjojo, en el subcondado de Kitega, en la Western Region de Uganda, informó de un brote de sarampión a principios de 2024, que se suma al brote de sarampión en curso en Uganda que ha afectado a dos regiones hasta la semana epidemiológica (SE) 5: Kyenjojo y Kasese en la Western Region, y Arua y Obongi en la Northern Region.

El brote en Kyenjojo, confirmado el 19 de enero de 2024, registra hasta ahora el mayor número de casos y muertes, incluido el caso índice; cinco casos sospechosos más dieron positivo con una tasa de positividad de 100 % en los siete días siguientes a la detección.

Hasta el 4 de febrero de 2024, se habían notificado un total de 139 casos sospechosos (47,9% del total) y dos muertes sospechosas (CFR 2,5%), lo que estaba relacionado con el brote en curso. La ciudad de Arua le sigue de cerca con casi el mismo número de casos que Kyenjojo, 138 (47,6%) y una muerte desde su detección el 23 de diciembre de 2023. Los brotes en Kasese y Obongi, confirmados recientemente el 19 de enero y el 31 de enero de 2024 respectivamente, han registrado menos de 10 casos cada uno, sin muertes.

La situación es preocupante en el distrito de Kyenjojo y enfatiza la necesidad urgente de intervenciones efectivas de salud pública y participación comunitaria para controlar la propagación del sarampión.

Una cobertura de vacunación muy baja para la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión en todo el distrito, con la mayoría de las zonas de captación registrando coberturas nulas, también podría representar un riesgo de propagación del brote. También han sido motivo de preocupación la insuficiencia de fondos para la búsqueda activa de casos basada en la comunidad y la falta de capacitación de los trabajadores de la salud.

Acciones de salud pública

- Se ha activado el Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública de Uganda para coordinar las actividades de respuesta al brote de sarampión con reuniones del Grupo de Trabajo Nacional convocadas de forma rutinaria. Colaboración con socios como Baylor-Uganda, la Red Africana de Epidemiología de Campo, la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud para apoyo técnico y logístico.
- Se han desplegado equipos multidisciplinarios de respuesta rápida en las zonas afectadas para apoyar las actividades de respuesta.
- El 18 de enero se recogieron seis muestras para analizarlas en el Instituto de Investigación de Virus de Uganda, y los resultados indicaron que todas las muestras dieron positivo para sarampión.
- La investigación epidemiológica y la búsqueda activa de casos están en curso, con 67 casos listados mediante búsqueda activa.
- Se continúan las actividades de Comunicación de Riesgos con la intensificación de charlas de educación sanitaria y sensibilización comunitaria sobre el sarampión.
- Está en marcha la distribución de vacunas y el inicio de la vacunación selectiva contra el sarampión y la rubéola en el subcondado de Kitega.

Interpretación de la situación

El brote de sarampión en el distrito de Kyenjojo pone de relieve la importancia crítica de los esfuerzos sostenidos de salud pública, particularmente en las áreas de vacunación y vigilancia. Aunque se observa una disminución de los casos con respecto al período pico, recientemente ha habido un aumento de casos a partir del 24 de enero de 2024. La identificación oportuna de los casos después de la detección tardía inicial de los casos anteriores y el posterior inicio de medidas de respuesta demuestran el progreso en la gestión del brote. Fortalecer los servicios de inmunización y mejorar las capacidades de vigilancia siguen siendo cruciales para un control eficaz de los brotes.

Más de un millón de personas mueren prematuramente cada año debido a la exposición durante unas pocas horas y hasta unos pocos días a altos niveles de contaminación del aire.

Contaminación del aire en Taiwán.

La mayoría de estas muertes ocurrió en Asia y África, y más de una quinta parte (23%) ocurrió en áreas urbanas, según un reciente estudio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 7 millones de personas al año mueren prematuramente como resultado de la exposición a la contaminación del aire, lo que representa una de cada ocho muertes en todo el mundo. Los países de ingresos bajos y medios soportan la mayor parte de esta carga.

Estudios previos se han centrado en los impactos en la salud de la exposición prolongada a la contaminación en las ciudades, ignorando los frecuentes "picos" de contaminación por incendios, polvo y otros eventos irregulares extremos de contaminación del aire en áreas urbanas más pequeñas.

Esta investigación analizó específicamente la carga de mortalidad asociada con la exposición a corto plazo a partículas ultrapequeñas conocidas como $PM_{2,5}$ en más de 13.000 ciudades de todo el mundo entre 2000 y 2019, lo que arroja luz sobre el impacto inmediatos de las fluctuaciones diarias en la contaminación del aire.

Esto pone de relieve un descuido crucial en evaluaciones anteriores, que subestimaron la carga de mortalidad relacionada con las $PM_{2,5}$ en aproximadamente un millón de muertes.

Según el estudio, Asia representó alrededor de 65% de la mortalidad mundial debido a la exposición a corto plazo a $PM_{2,5}$, África 17%, Europa 12% y América 6%.

La carga de mortalidad fue mayor en áreas pobladas y altamente contaminadas en Asia Oriental, Asia Meridional y África Occidental, y la fracción de muertes atribuibles a la exposición a corto plazo a $PM_{2,5}$ en Asia Oriental es más de 50% mayor que el promedio mundial, según los datos.

Se estimaron las concentraciones diarias de $PM_{2,5}$ a escala global. Luego se integraron estos datos sobre la contaminación del aire con la densidad de población, las tasas de mortalidad y el riesgo relativo de mortalidad asociado con la contaminación del aire.

Este enfoque integral permitió calcular con precisión la carga de mortalidad atribuible a la contaminación del aire diaria, y los hallazgos permitieron resumir las estimaciones a varias escalas, incluidas áreas global, regional, nacional y urbana.

La gravedad de la contaminación del aire en Asia y África se ve incrementada por su densidad de población. La convergencia de estos dos factores amplifica los riesgos para la salud, lo que resulta en un problema de salud más pronunciado en estas áreas.

Mitigación de riesgos

Es imprescindible adoptar medidas directas para reducir la contaminación del aire. Sin embargo, también es crucial mitigar los impactos de la contaminación existente en la salud.

El estudio aboga por un esfuerzo concertado para reducir la contaminación, que involucre acciones individuales, participación comunitaria y políticas gubernamentales.

Esto puede incluir iniciativas como la transición a fuentes de energía limpia, mejorar la eficiencia energética e implementar medidas para reducir las emisiones industriales y de los vehículos.

Para mitigar el impacto de la contaminación del aire en la salud, existen varias estrategias efectivas, como la limitación de las actividades al aire libre durante los períodos de alta contaminación, el uso de purificadores de aire en interiores y el uso de mascarillas faciales adecuadas cuando se esté al aire libre.

También es necesario un mayor reconocimiento del impacto de la contaminación del aire en la salud. El número de muertes atribuibles a la contaminación del aire es muy relevante y, sin embargo, el problema sigue sin investigarse y sin recibir fondos suficientes, y los países en desarrollo soportan la mayor parte de la carga.

Los gobiernos y el sector sanitario han tardado en actuar ante esta situación.

100% online | Otorga créditos SADI
Inicio: Mayo

sadi Sociedad Argentina de Infectología

Curso virtual

Infecciones asociadas a dispositivos médicos

Cómo enfocar de manera integral un problema frecuente

PROGRAMA

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.

DOCENTES

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.

INSCRIPCIÓN

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.