ISSN 2796-7050

Reporte Epidemiológico de Córdoba

18 DE MARZO
2024
REC 2.787

CÓRDOBA

- Ya hay más de 9.300 casos de dengue registrados y siete fallecidos

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de neumonía
- Neuquén: Caso de hantavirosis en una adolescente de San Martín de los Andes

AMÉRICA

- La OPS fortalece las capacidades para vigilancia de Hantavirus y Arenavirus
- Estados Unidos: Advertencia sanitaria en playas de Miami-Dade tras el hallazgo de bacterias
- Perú: La epidemia de dengue rompe récords en 12 regiones

EL MUNDO

- África: Situación epidemiológica de la difteria
- Australia: Brote de shigelosis relacionado con un festival de música
- Chad: La hepatitis E se propaga por los campos de refugiados sudaneses
- España: El peor brote epidémico de tos convulsa desde 2015
- Indonesia: Brote de carbunco tras el consumo de carne de cabra
- Palestina: La desnutrición aguda se ha duplicado en un mes en el norte de la Franja de Gaza
- Portugal: Reportaron 23 casos de hepatitis A en los dos primeros meses de 2024
- Rumania: Más de 8.000 casos de sarampión desde enero de 2023

MISCELÁNEA

- Mi querido amigo René…

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.

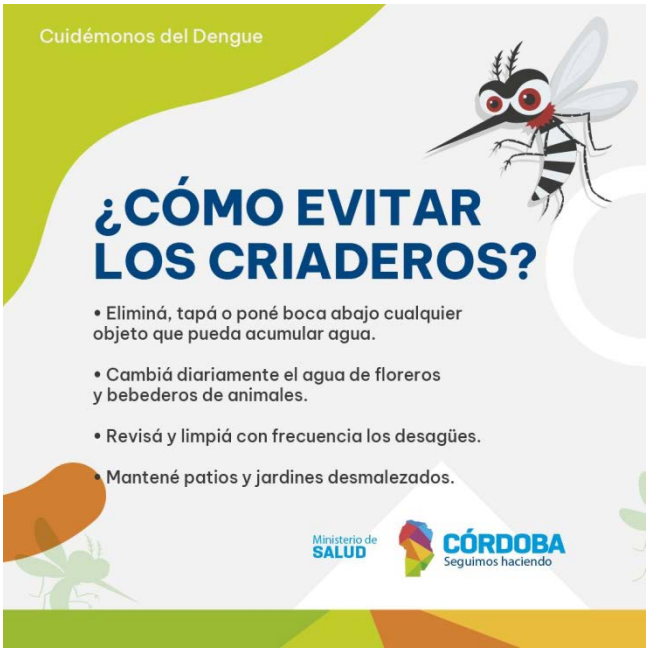
© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos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

Ministerio de SALUD | CÓRDOBA Seguimos haciendo

Ya hay más de 9.300 casos de dengue registrados y siete fallecidos

15/03/2024

El Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba informó que en la última semana se sumaron 3.754 nuevos casos de dengue y seis de fiebre chikungunya en la provincia.



En lo que va de la temporada 2024, son 9.316 los casos totales reportados de dengue y 8.774 de ellos son autóctonos.

El 92,6% de estas notificaciones (8.622) se registraron en las últimas cinco semanas epidemiológicas.

Al respecto, Laura Raquel López, subsecretaria de Estrategias Sanitarias y Acceso a la Salud, expresó: “En esta etapa del brote juega un rol fundamental el primer nivel de atención. Por esto, se está trabajando junto con los municipios, para fortalecer la detección oportuna, el seguimiento y la derivación de los casos que correspondan. A la vez, se refuerza el segundo y tercer nivel en la atención de pacientes que presentan signos o síntomas de alarma o gravedad”.

En relación con la distribución geográfica, 201 localidades notificaron al menos un caso en lo que va de la temporada; las que registraron más de 100 casos autóctonos son: Córdoba (4.768); Arroyito (526); Brinkmann (355); Villa María (323); Las Varillas (320); San Francisco (316), Devoto (246); Bell Ville (193); Villa del Rosario (153); Luque (149); La Calera (146) y Villa Carlos Paz (120).

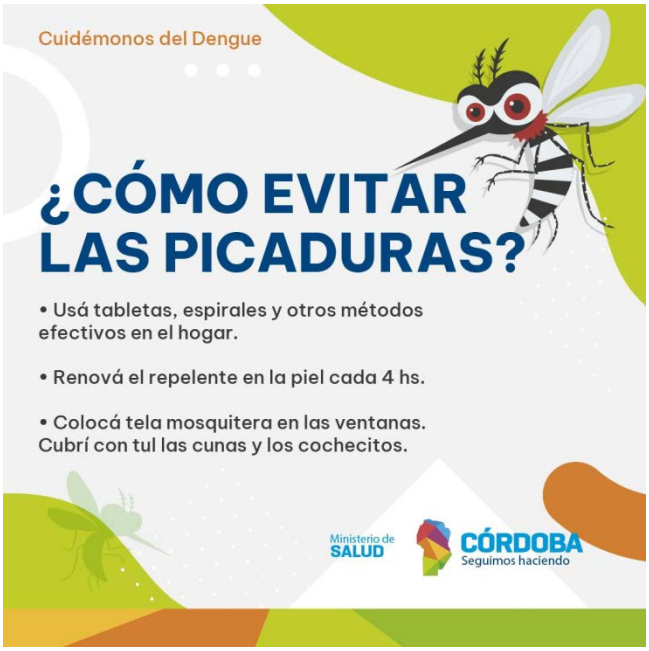
La mayoría de los pacientes fueron atendidos en forma ambulatoria, y 4,7% (436) requirió internación.

En lo que va de la temporada, son siete los fallecidos en la provincia por esta enfermedad, dos nuevas notificaciones en la última semana.

En cuanto al lugar de residencia, tres son de la ciudad de Córdoba, dos de General San Martín, uno de Juárez Celman y uno de San Justo. Cinco de ellos presentaban comorbilidades.

En cuanto a la fiebre chikungunya, se registraron 25 casos, 20 autóctonos y cinco importados.

A la fecha, se registró sólo un caso de co-infección por ambos virus.



Consulta temprana

El ministerio de Salud recordó que, ante la presencia de síntomas compatibles con esta enfermedad, es necesario concurrir lo antes posible al centro de salud más cercano, tanto en la capital como en el interior provincial.

En la ciudad de Córdoba hay más de 100 Centros de Salud distribuidos en diferentes barrios, además de las cuatro Direcciones de Especialidades Médicas, que pueden brindar una atención oportuna y realizar la derivación a un centro de mayor complejidad en caso de ser necesario.

Asimismo, la provincia cuenta con 16 Centros de Atención Primaria de la Salud en la ciudad, a los cuales se puede concurrir para una consulta temprana por esta enfermedad.

Por su parte, todos los hospitales provinciales y municipales de la ciudad de Córdoba y del interior provincial son centros de referencia y están capacitados para brindar atención y contención las 24 horas a personas que presenten esta patología, especialmente aquellos con signos o síntomas de alarma o gravedad.

Argentina

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

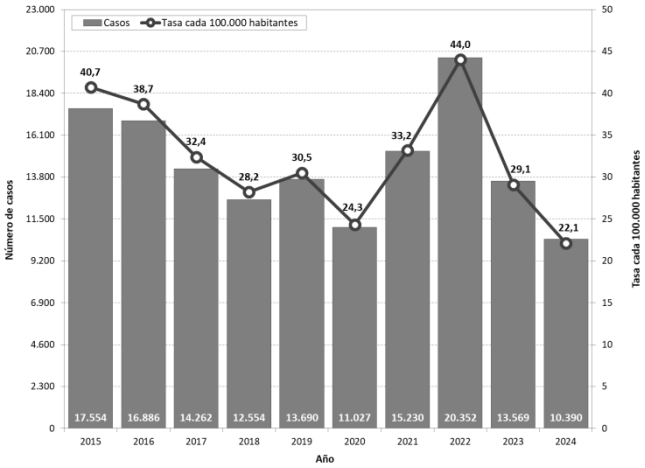
Vigilancia epidemiológica de neumonía

09/03/2024

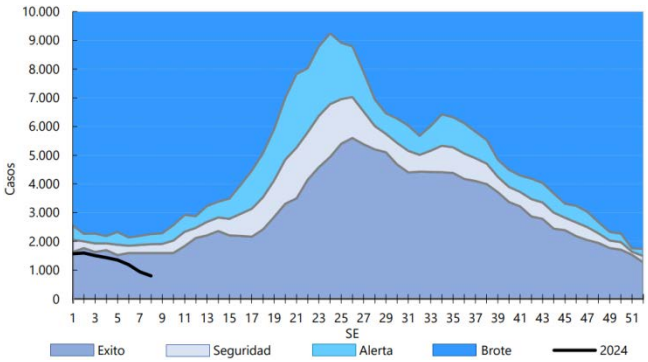
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica 3, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$) 10.390 casos de neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 22,1 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos de los últimos diez años, se observa que en 2022 se registró el mayor número de casos del período (20.352 casos), seguido del año 2015 (17.554 casos) y el año 2016 (16.886 casos). A partir de 2015 y hasta 2020 las notificaciones muestran un descenso, con un ligero incremento en 2019 y un nuevo descenso en 2020. Entre los años 2021 y 2022 vuelven a ascender, con valores más bajos en 2023. En el registro histórico desde el año 2015, el número de casos notificados en 2024 es el menor del periodo.

En el corredor endémico, las notificaciones semanales se ubican dentro de los límites esperados.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 8. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2024, en base a datos de los años 2015/2023 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 8. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

CASO DE HANTAVIROSIS EN UNA ADOLESCENTE DE SAN MARTÍN DE LOS ANDES

06/03/2024

Se detectó un caso de hantavirosis en San Martín de los Andes. Se trata de una adolescente de 14 años, oriunda de la localidad cordillerana, que fue trasladada a la ciudad de Neuquén, y que se encuentra internada en cuidados intensivos. Así lo confirmó el ministerio de Salud provincial.

A partir de la investigación realizada por el sector de Epidemiología del Hospital Regional 'Dr. Ramón José Carrillo' de San Martín de los Andes, se indicó el 6 de marzo que no hay riesgo por contactos estrechos. "Se llevó a cabo la investigación pertinente a los fines de detectar posibles contactos estrechos, alrededor de unas 60 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. Sin embargo, no se confirmó ningún contacto estrecho", comunicaron desde la cartera de Salud.

Se cree que la adolescente tuvo una exposición ambiental; al ingresar el 2 de marzo al sistema de salud fue catalogada como caso sospechoso por sus síntomas. "Seguidamente se resolvió derivarla a un lugar con mayor seguridad y mayor complejidad para que reciba el tratamiento en forma oportuna", informaron desde el nosocomio local.

Recordaron 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 de Neuquén es considerada zona de riesgo de la enfermedad.

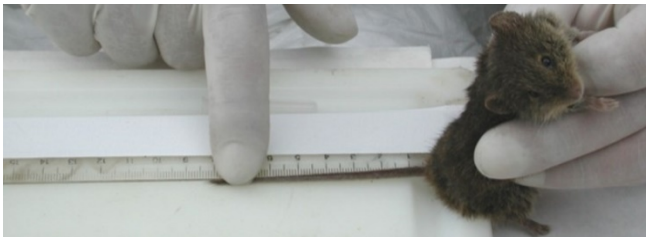
Debido a que la hantavirosis se presenta en cualquier época del año en toda la región cordillerana, independientemente de la floración de la caña colihue (*Chusquea culeou*), se deben tomar los recaudos necesarios para evitar contraer el hantavirus.

Las infecciones humanas por hantavirus ocurren cada año en una amplia región andina de Argentina. El hantavirus involucrado en este caso es el virus Andes, endémico de Argentina y Chile. La paciente probablemente estuvo en contacto con zonas habitadas por roedores reservorios del virus en la región, por lo que las autoridades regionales de salud alertaron sobre seguir recomendaciones preventivas en zonas de riesgo donde se encuentre el roedor hospedador del virus Andes.

El virus Andes rara vez se transmite directamente de persona a persona y sólo a través de contacto físico cercano, generalmente dentro de la familia, pero puede suceder. Por eso se deben detectar los contactos y advertirles sobre el posible riesgo de infección. La fuente más común de infección es la ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*).

La OPS fortalece las capacidades para vigilancia de Hantavirus y Arenavirus

13/03/2024



En un esfuerzo conjunto por fortalecer la capacidad regional para la vigilancia de enfermedades causadas por hantavirus y arenavirus transmitidos por roedores en las Américas, el Instituto Conmemorativo 'Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud (ICGES), en Panamá, fue sede de una importante reunión de colaboración internacional. Del 11 al 15 de marzo, expertos del ICGES (Panamá), el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui' de Argentina, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se han reunido con el propósito de impulsar esta iniciativa crítica para la región.

Este encuentro se enmarca dentro de una serie de acciones colaborativas entre los mencionados institutos y la OPS, dirigidas a mejorar la vigilancia, detección y prevención de enfermedades causadas por hantavirus y arenavirus en las Américas.

Anteriormente, se llevaron a cabo misiones conjuntas que involucraron a los CDC, el ICGES y el INEVH, enfocadas en la creación de lineamientos y talleres de capacitación para abordar las necesidades regionales. El último taller tuvo lugar en Colombia en septiembre de 2023, donde se capacitó a epidemiólogos y laboratoristas de nueve países. La misión actual en Panamá busca desarrollar material conceptual y técnico, incorporando elementos de vigilancia ecológica y secuenciación en las directrices regionales.

La Dra. Ana Rivière Cinnamond, representante de la OPS/OMS Panamá, resaltó su compromiso con el impulso de la agenda de enfermedades infecciosas, mientras elogió el progreso continuo de las actividades, gracias al esfuerzo y dedicación de los profesionales presentes, tanto en la región como a nivel global. Manifestó además, su disposición para apoyar en las labores en Panamá y en otros países, mostrando interés en participar activamente en el terreno en futuras ocasiones.

Los objetivos específicos de la visita son:

- Alinear estrategias, protocolos y enfoques entre los participantes para preparar una capacitación regional centrada en la vigilancia y detección de hantavirus y arenavirus.
- Revisar protocolos, equipos y estrategias de laboratorio, con énfasis en técnicas moleculares, para su posible implementación en la capacitación regional.

- Visitar laboratorios de secuenciación para identificar necesidades y oportunidades potenciales para futuras capacitaciones.
- Realizar un ejercicio de trabajo de campo sobre captura y muestreo seguro de roedores para el componente de vigilancia ecológica.
- Completar los materiales de capacitación anteriores para incluir el componente de vigilancia ecológica.

La integración de estos objetivos busca garantizar una respuesta efectiva y coordinada ante posibles brotes de estas enfermedades en la región.

El Dr. Juan Miguel Pascale, Director del ICGES, destacó la importancia de la colaboración y el trabajo conjunto para abordar desafíos en salud pública, remontándose a la experiencia vivida durante el brote de neumonía atípica causada por hantavirus en Panamá en 1999-2000. En aquel momento, la respuesta fue un esfuerzo colectivo que involucró la investigación de diversas hipótesis y la colaboración internacional para el diagnóstico y la identificación del virus. Desde entonces, se ha logrado un progreso significativo en la comprensión de la epidemiología y el control del virus, gracias al trabajo continuo y dedicado de los profesionales involucrados. Además, se enfatizó la importancia de la cooperación internacional, ejemplificada por la reciente iniciativa conjunta entre los CDC, el INEVH y la Unidad de Gestión de Amenazas Infecciosas del Departamento de Emergencias (PHE/IHM) de la OPS para estandarizar diagnósticos moleculares de hantavirus.

Esta colaboración internacional no solo fortalecerá la capacidad de los países de las Américas para enfrentar la amenaza de hantavirus y arenavirus, sino que también sentará las bases para una cooperación continua y un intercambio de conocimientos en materia de salud pública, marcando un paso significativo en la lucha regional contra enfermedades emergentes y reemergentes, demostrando el compromiso de las instituciones y los países involucrados en la protección de la salud pública en las Américas.

El Departamento de Salud de Florida en el condado de Miami-Dade (DOH-Miami-Dade) emitió un aviso sobre la calidad del agua para diversas ubicaciones en las playas del condado.

Las pruebas realizadas el 13 de marzo de 2024 indicaron que la calidad del agua en Surfside Beach – 93 rd St., Haulover Beach South y North Shore Ocean Terrace no cumple con los criterios de calidad del agua recreativa para la bacteria *Enterococcus* recomendados por el Departamento de Salud de Florida.

El DOH-Miami-Dade desaconsejó cualquier actividad relacionada con el agua en estos lugares debido a un mayor riesgo de enfermedades en los nadadores. Los muestreos realizados durante el monitoreo regular de la calidad del agua mostraron que el nivel de bacterias excede el nivel establecido por las pautas estatales.

Este aviso continuará hasta que los niveles de bacterias estén por debajo del nivel de salud aceptado.

Programa de Playas Saludables de Florida

Las bacterias indicadoras fecales se controlan de forma rutinaria. Los resultados y los avisos se publican en las páginas individuales de los condados implicados. El estado de Florida continuará monitoreando la situación y tomará las medidas apropiadas para proteger la salud de los residentes y visitantes si las condiciones cambian.

En 1998, cinco de los condados costeros de Florida comenzaron a monitorear las bacterias *Enterococcus* bajo un programa piloto financiado por una subvención. A principios del año 2000, 11 condados de Florida participaban en el programa, que continuó hasta julio de 2000.

En agosto de 2000, el Programa de Muestreo de Agua de Playas se amplió a 30 de los condados costeros de Florida mediante legislación y financiación estatal. Además, el muestreo bajo el nuevo programa incluye bacterias coliformes fecales y *Enterococcus*.

En agosto de 2002, el programa de muestreo de agua de playas también comenzó a recolectar muestras de agua semanalmente con financiamiento adicional de la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de Estados Unidos.

Los cambios en los niveles de financiación en 2011 dieron como resultado el regreso al muestreo quincenal, la eliminación de todos los muestreos de coliformes fecales y una reducción del número de ubicaciones de muestreo. Dado que las bacterias *Enterococcus* son indicadores del mismo tipo de contaminación que las bacterias coliformes fecales, esto no afectó la seguridad de los residentes de Florida. En ese momento, el muestreo en el norte del estado también se suspendió durante los meses de invierno, de noviembre a febrero.

Implicaciones para la salud

Los *Enterococcus* son bacterias entéricas que normalmente habitan en el tracto intestinal de humanos y animales. La presencia de bacterias entéricas puede ser un indicio de contaminación fecal, que puede provenir de escorrentías de aguas pluviales, mascotas y vida silvestre, y

aguas residuales humanas. Si están presentes en altas concentraciones en aguas recreativas y se ingieren al nadar o entran en la piel a través de un corte o llaga, pueden causar enfermedades, infecciones o erupciones en los seres humanos.

El programa de pruebas estatal para detectar *Enterococcus*, recomendó que los estados lo adopten como indicador de la calidad del agua salada. Según estudios realizados por la EPA, los *Enterococcus* tienen una mayor correlación con las enfermedades gastrointestinales asociadas a la natación, tanto en aguas marinas como dulces, que otros organismos indicadores bacterianos, y es menos probable que "mueran" en agua salada. Si se observara que un resultado de *Enterococcus* excede las 70 unidades formadoras de colonias cada 100 mililitros de agua de playa muestreada y el resultado de un nuevo muestreo también excede este valor, entonces se emitiría una "Advertencia" para el sitio de muestreo.

Las categorías del Programa de Playas Saludables de Florida son:

- Bueno: 0-35 *Enterococcus* cada 100 mililitros de agua de mar.
- Moderado: 36-70 *Enterococcus* cada 100 mililitros de agua de mar.
- Pobre = 71 o más *Enterococcus* cada 100 mililitros de agua de mar.

En el Hospital I-4 Santa Rosa de Piura se ha tenido que habilitar carpas donde funcionan las unidades de vigilancia clínica para la atención de pacientes con dengue.

La peor epidemia de dengue en Perú está en curso. El Ministerio de Salud reportó, hasta la semana epidemiológica 10 (8 de marzo), un incremento sostenido de casos de dengue de 221%, en comparación con el mismo periodo del año 2023. Esto representa 61.736 personas contagiadas con dengue, frente a las 19.258 reportadas en el mismo periodo del año pasado. Además, en lo que va de 2024 hay 70 defunciones notificadas, en comparación a las 26 registradas en 2023 en el mismo lapso. Expertos en epidemiología e infectología coinciden en que urge que el Ministerio de Salud replantee sus estrategias con un enfoque multidisciplinario e integral, incorporando estrategias de control vectorial, educación sanitaria para la población y una correcta detección y manejo de casos para identificar los signos de alarma, ya que el dengue severo es el que está produciendo más muertes.

"Nada ha cambiado, o quizás sí, porque estamos peor", es lo primero que señala Judith al preguntarle sobre la atención que recibió en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, el principal nosocomio del Ministerio de Salud en Piura, después de estar cuatro días hospitalizada tras ser diagnosticada con dengue.

Judith conoce de cerca este hospital porque albergó a los pacientes de covid en Piura durante la pandemia del año 2020. "Son las mismas carpas en un patio deportivo, en un ambiente abierto que nos expone a todos, hace un calor bárbaro. Nos tratan tal como nos trataron cuando nos enfermamos de covid, no han mejorado las condiciones, no sé qué harán con tanta plata que reciben", añadió.

En 2023, Perú registró la peor epidemia de dengue desde que se tienen reportes. Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud, el año pasado se reportaron 269.212 contagios de esta enfermedad a nivel nacional; es decir, más del triple que en 2022. Asimismo, se confirmaron 445 personas fallecidas frente a las 86 del año anterior.

Para 2024, las cifras auguran que la epidemia de dengue será más grave. ¿Cuál es la estrategia del Ministerio de Salud frente a la epidemia del dengue? ¿Cuál es el presupuesto destinado para prevenir la enfermedad y combatirla? ¿En qué acciones se están concentrando las regiones con más casos de dengue?

Médicos expertos en epidemiología e infectología y funcionarios del Ministerio de Salud respondieron a estos interrogantes ante una epidemia que es recurrente en el país y que las autoridades del sector salud deberían tener claro cómo prevenirla y controlarla, pero ocurre lo contrario.

Alerta y presupuesto

Hasta la semana epidemiológica 10 de 2024, se observa un incremento sostenido de casos de dengue de 221%, en comparación con el mismo periodo del año 2023. Esto representa 61.736 personas contagiadas (frente a 19.258 en 2023) y 70 defunciones (en comparación a las 26 del año pasado).

Las muertes reportadas por dengue en lo que va del año proceden de los departamentos Ancash (15), La Libertad (13), Piura (11), Ica (8), Lambayeque (8), Lima (6), Junín (3), Cusco (2), Madre de Dios (2), Amazonas (1) y Huánuco (1).

"Los datos son una señal de la gravedad del problema y todo indica que esta epidemia será del doble o más de casos y fallecidos que los del año 2023. La epidemia se ha adelantado dos meses y la situación de los próximos cuatro meses será de ascenso continuo hasta llegar a un pico en junio, con un poco de suerte", advirtió el médico epidemiólogo Antonio Marty Quispe Gutiérrez, exvocero del Ministerio de Salud.

Región	Casos en el año 2023	Casos en el año 2024	% de variación
Madre de Dios	1.210	310	-74,38
Ucayali	3.924	1.370	-65,09
Amazonas	990	520	-47,47
Huánuco	1.125	601	-46,58
Ayacucho	280	151	-46,07
Loreto	3.046	2.129	-30,11
Cajamarca	893	700	-21,61
Junín	1.078	1.075	-0,28
San Martín	1.562	2.412	54,42
Puno	87	151	73,56
Cusco	774	1.378	78,04
Piura	3.030	9.295	206,77
Pasco	72	223	209,72
Lambayeque	480	3.510	631,25
Tumbes	138	1.464	960,87
Ica	352	8.363	2.275,85
La Libertad	133	12.315	9.159,40
Lima	76	7.865	10.248,68
Callao	2	1.059	52.850,00
Ancash	6	6.839	113.883,33
Huancavelica	–	3	–
Arequipa	–	2	–
Tacna	–	1	–
Moquegua	–	–	–
Total	19.258	61.736	220,57

Casos de dengue, según región. Perú. Años 2023/2024, hasta semana epidemiológica 10. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud de Perú.

A inicios de febrero, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó una alerta epidemiológica relacionada al aumento de casos de dengue en la Región de las Américas. En ella reiteró el "llamado a los Estados Miembros para intensificar los esfuerzos y las acciones de control del mosquito *Aedes aegypti* (principal vector transmisor), además de continuar con las acciones de vigilancia, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos de dengue".

El ministro de Salud, César Henry Vásquez Sánchez, que había dicho que Perú estaba lejos de las cifras alarmantes, tuvo que rectificarse y días después, desde la ciudad de Trujillo, expresó que la llegada de la epidemia era inminente y que se evaluaba una declaratoria de emergencia sanitaria, lo que finalmente se decretó el 26 de febrero de 2024.

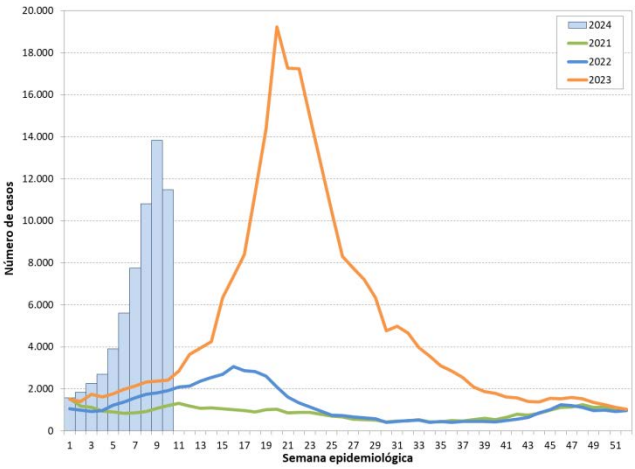
Según el portal del Ministerio de Economía y Finanzas, el Estado peruano, incluyendo los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local), cuenta con un Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de 130,4 millones de dólares para la atención y prevención de enfermedades metaxénicas y zoonosis, entre ellas el dengue. Esto representa casi 3,4 millones de dólares menos en comparación con el PIM del año pasado, de 133,8 millones.

De los recursos destinados para 2024, a nivel nacional se ha ejecutado un poco más de 20,9 millones de dólares, hasta el 14 de marzo, lo que equivale a 16% del total del dinero disponible para combatir el dengue y otras enfermedades metaxénicas en el país.

Cabe indicar, que desde el 3 de febrero Perú también cuenta con un *Plan de prevención y control del dengue 2024*, aprobado bajo la Resolución Ministerial N° 082-2024/MINSA y con un presupuesto de 29,1 millones de dólares, del cual poco más de 24,6 millones fueron transferidos a los gobiernos regionales el tercer día del año.

Al analizar las acciones priorizadas en este plan y su respectivo presupuesto, se aprecia que las actividades de control vectorial y nebulización espacial (fumigación) son las que registran mayor dinero asignado: 10,4 y 3,2 millones de dólares, respectivamente. Les siguen las acciones de implementación de unidades febriles en los establecimientos de salud de primer nivel

de atención (2,9 millones) y la implementación de unidades de vigilancia clínica (UVICLINs) en los establecimientos de primer y segundo nivel de atención (3,9 millones).



Casos de dengue. Perú. Años 2021/2024, hasta semana epidemiológica 10 de 2024. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud de Perú.

Para el investigador y médico infectólogo, Víctor Raúl Ocaña Gutiérrez, docente de la Universidad Nacional de Piura, el mayor presupuesto se está destinando a las "estrategias de bombero que sirven solo para el momento y no eliminan al mosquito transmisor *Aedes aegypti*", principal causante de la epidemia.

"Desde diciembre del año pasado estaba prevista esta situación. Lo que pasa con el Ministerio de Salud es que no realiza estudios que evalúen y que investiguen por qué hay brotes de dengue. Simplemente el ministerio está interviniendo según lo que se hace en Colombia, Venezuela o Cuba, pero esas son otras realidades en las que primero estudiaron las causas del dengue; pero acá no hay estudios, se están haciendo imitaciones de intervenciones, las estrategias no están basadas en evidencias peruanas, por eso no tienen efectividad", cuestionó Ocaña Gutiérrez.

Detalló que lo primero que debe hacer el Ministerio de Salud es un relevamiento de información base para conocer en profundidad las causas de los brotes del dengue, qué es lo que está acelerando la reproducción del mosquito transmisor, y sobre ello intervenir para garantizar el éxito en las intervenciones.

De acuerdo al *Plan de prevención y control del dengue 2024*, una de las actividades con el presupuesto más bajo está precisamente relacionada al Objetivo 8: desarrollo de investigaciones para la prevención y control de dengue, con un monto asignado de 58.000 dólares a nivel nacional.

Efectividad vs. descontrol

De las 20 regiones de Perú declaradas en emergencia sanitaria, ocho reportan un nivel de control de la epidemia aceptable si se compara con el número de casos registrados en el mismo periodo del año pasado, con Madre de Dios a la cabeza, con una disminución porcentual de casos de 74,38%. Las 12 regiones restantes presentan un alarmante incremento de casos que superan incluso un incremento de 113.000% en los casos, en comparación con el año pasado, como es el caso de Áncash que hasta la semana epidemiológica 10 de 2023 reportó seis casos, pero este año ya reporta 6.839. Le siguen Callao (52.850%), Lima (10.248,68%) y La Libertad (9.159,40%).

Quispe Gutiérrez consideró que "el éxito" de las primeras ocho regiones se debe a que han centrado sus acciones en el control vectorial, a diferencia de las otras 12 que priorizaron las acciones de fumigación consideradas como paliativos.

"La situación es crítica porque hay autoridades incompetentes que no entienden que la solución está en matar el mosquito cuando es larva y no esperar a que sea adulto para gastarse la mitad del presupuesto en fumigación, más aún cuando la situación es tardía. Esto solo garantiza que haya más muertos por dengue y hospitalizaciones que demandarán más UVICLINs", precisó.

A nivel nacional existen 33 UVICLINs y 94 Unidades Febriles implementadas en los diferentes establecimientos de salud de primer nivel, según informó el Dr. Cristian Díaz Vélez, Director General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud. Esta cantidad resulta escasa si se toma en cuenta que según la información de la Sala Situacional del Dengue, hay 404 distritos distribuidos en 91 provincias de 21 departamentos que registran casos de dengue.

El desabastecimiento de agua en muchas regiones del país es una de las principales causas del aumento de casos de dengue.

El funcionario del Ministerio de Salud señaló que en lo que queda de marzo y abril habrá picos mayores de casos de dengue, debido a las olas de calor que se mantienen en toda la costa norte de América del Sur y que ha creado un escenario propicio para que el mosquito se reproduzca más rápidamente y se disemine con mayor eficacia. Explicó que el ciclo biológico del *Aedes aegypti*, desde su fase de huevo hasta la fase adulta, se desarrolla normalmente entre siete a 10 días. Sin embargo, dependiendo de la temperatura, humedad y nutrientes del agua se reproducirá rápidamente, como está ocurriendo en el país, donde las altas temperaturas han acortado este proceso a cinco días.

"Normalmente un mosquito coloca entre 100 a 200 huevos en cada posición y eso lo hace cada tres días y vive de 6 a 8 semanas. Ahora, que se ha acortado el tiempo de su desarrollo, el vector se reproduce más rápidamente, haciendo que su presencia sea mayor y por ende la propagación de la enfermedad sea más rápida", detalló Díaz Vélez.

Sobre este punto, el médico epidemiólogo Edward Manuel Adriano Mezones Holguín, investigador senior de la Universidad San Ignacio de Loyola, coincidió con el funcionario del ministerio de Salud de que hay una evolución importante de casos de dengue debido a la adaptación del vector a las temperaturas altas y porque ha adquirido resistencia a la fumigación y a los insecticidas. Propone la fumigación residual intradomiciliaria como alternativa ante esta situación, aunque sería principalmente para menguar el impacto de la rápida reproducción del *Aedes aegypti*.

"La fumigación funciona mejor cuando hay una baja tasa de reproducción del vector, pero cuando esta es alta, la fumigación solo ayuda a mitigar un poco ese crecimiento logarítmico que tiene el vector; por sí sola la fumigación no funciona. El control del dengue debe ser multidisciplinario e integral, incorporando nuevas estrategias de control vectorial y la detección temprana y correcto manejo de los casos, sabiendo identificar los signos de alarma ya que el dengue severo es el que está produciendo más mortalidad", expresó el experto.

De similar opinión es Quispe Gutiérrez, quien enfatizó la importancia de priorizar las acciones de control vectorial para contrarrestar el avance del dengue. "Es un tema de gestión: es cuestión de tener expertos en epidemiología, enfermeras que son las campeonas de las brigadas de control vectorial, y esos técnicos maravillosos que conocen cómo identificar los criaderos de mosquitos dentro de los hogares, todos ellos trabajando para eliminarlos y a la vez sensibilizando a la población. Sin eso no habrá éxito en la lucha contra el dengue", remarcó.

Quispe Gutiérrez agregó que "es ridículo" creer que con la fumigación se puede controlar un brote de dengue. "Nunca se ha logrado y no se logrará ahora, pero esa es la incompetencia del Ministerio de Salud que no entiende esto y destina gran parte de su presupuesto a la fumigación, lejos de reforzar las actividades de control vectorial".

Al respecto, el Dr. Ocaña Gutiérrez señaló que el problema es que la gente no sabe qué hacer para evitar que se desarrolle el mosquito dentro de su casa. Recordó que desde el año 2006 propuso un plan de visitas domiciliarias para la educación sanitaria. “Actualmente las brigadas solo tienen un minuto por casa para identificar recipientes o criaderos de mosquitos, y nada más, por eso no hay impacto. Solo son enviados como bomberos donde hay brotes de dengue. Las visitas deben ser de una hora para impartir educación sanitaria, que las familias sepan qué hacer para evitar los criaderos y la propagación del mosquito”, expresó el especialista.

Su propuesta apunta a desarrollarse entre agosto y diciembre, cuando la incidencia de casos de dengue disminuye notablemente en el país y es el mejor escenario para educar a la gente en lo que debe hacer para prevenir esta enfermedad, recordándoles que el mosquito transmisor es un vector intradomiciliario, es decir, se cría y reproduce dentro de los hogares. Y enseñándoles también a reconocer los signos de alarma ante un caso y acudir a los establecimientos de salud sin automedicarse.

Ocaña Gutiérrez alertó que en el Centro de salud I-4 del asentamiento humano Pachitea, en Piura, donde él atiende, se ha identificado que 30% de los pacientes llegan con signos de alarma. Considera que esto puede deberse a la posibilidad de que esté circulando un tipo de dengue más agresivo, o que se trate de la segunda o tercera reinfección de dengue, lo que aumenta las posibilidades de complicar la salud del paciente.

“Si este brote con casos complicados sigue aumentando, colapsarán los niveles de atención primaria, los hospitales y las UVICLINs no serán suficientes, será peor que la covid”, advirtió.

Los especialistas recomendaron al Ministerio de Salud replantear sus estrategias frente al dengue, enfermedad presente en Perú desde hace 30 años, pero con un enfoque integral que involucre a otros sectores como Educación, Saneamiento, Ambiente, etc. por ser claves en el diagnóstico de las causas de la enfermedad.

Uno de los factores que favorecen la propagación del dengue es el desabastecimiento de agua que sufren regiones como Piura, Áncash y La Libertad, que encabezan la lista de casos, pues esto genera que la población almacene agua en contenedores que al no ser tapados adecuadamente se convierten en criaderos del mosquito transmisor.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática de 2022, en Piura, en promedio, un hogar tiene el servicio de agua solo 8,9 horas al día; en La Libertad, 10 horas; en Ica, 9,5 horas; y en Áncash, 14,7 horas.

Cifras del Ministerio de Economía y Finanzas advierten que en 2023 el presupuesto asignado al sector saneamiento fue de 1.614,3 millones de dólares. Áncash tuvo el menor porcentaje de ejecución presupuestaria a nivel regional, el cual ascendió a 49,7%, seguido por Ica (54,3%), Pasco (55,1%) y La Libertad (56,1%). En el caso de Piura, solo se ejecutó el 66,4%, pese a la necesidad.

No cabe duda que una de las medidas urgentes a corto y mediano plazo es la de cerrar las brechas sanitarias y de acceso al agua, especialmente en las áreas vulnerables del país. Y con ello encaminar el desafío de un trabajo intersectorial garantizado, no solo para combatir una de las principales causas del dengue, sino también asegurar una mejor calidad de vida para todos los habitantes de este país.

ÁFRICA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA DIFTERIA

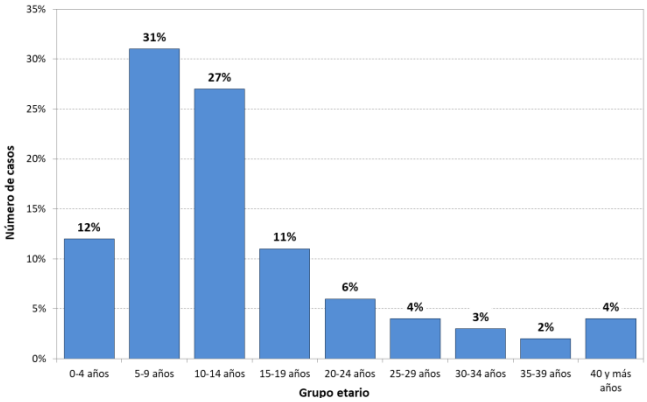
25/02/2024

Al 25 de febrero de 2024, se habían registrado un total de 34.704 casos sospechosos de difteria en la Región Africana de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los cuales 23.883 fueron confirmados. Se han reportado 926 muertes en Nigeria, Guinea, Níger, Mauritania, Sudáfrica, Camerún y Gabón. Entre los casos confirmados, 609 (3%) han sido confirmados mediante pruebas de laboratorio, 692 (3%) por vinculación epidemiológica y 22.582 (94%) por compatibilidad clínica. En 2024, Nigeria, Níger, Guinea y Gabón notificaron 5.579 casos sospechosos acumulados, de los cuales 4.910 (88%) fueron confirmados, con 74 muertes. El 70% de los casos sospechosos correspondieron a niños de 1 a 14 años, 61% de los casos sospechosos eran mujeres y sólo 24% estaban completamente vacunados. Estos hallazgos subrayan la naturaleza multifacética del brote y enfatizan la necesidad de intervenciones específicas.

País	Casos sospechosos	Muertes	Tasa de letalidad (%)	Casos confirmados				Año 2024				Fecha de última actualización
				Por laboratorio	Por vínculo epidemiológ.	Por clínica compatible	Total de confirmados	Casos sospechosos	Casos confirmados	Muertes	Tasa de letalidad (%)	
Nigeria	27.078	650	2,4	365	483	15.755	16.603	3.119	2.465	33	1,3	11/02/2024
Guinea	3.965	91	2,3	43	107	3.562	3.712	1.699	1.699	12	0,7	25/02/2024
Níger	3.536	174	4,9	191	102	3.243	3.536	746	746	29	3,9	25/02/2024
Mauritania	20	6	30,0	–	–	20	20	–	–	–	–	26/11/2023
Sudáfrica	79	1	1,3	9	–	–	9	–	–	–	–	07/01/2024
Camerún	2	1	50,0	–	–	2	2	–	–	–	–	07/01/2024
Gabón	24	3	12,5	1	–	–	1	15	–	–	–	18/02/2024
Total	34.704	926	2,7	609	692	22.582	23.883	5.579	4.910	74	1,5	–

Casos y muertes sospechosos y confirmados notificados por los países de la Región Africana de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 25 de febrero de 2024. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

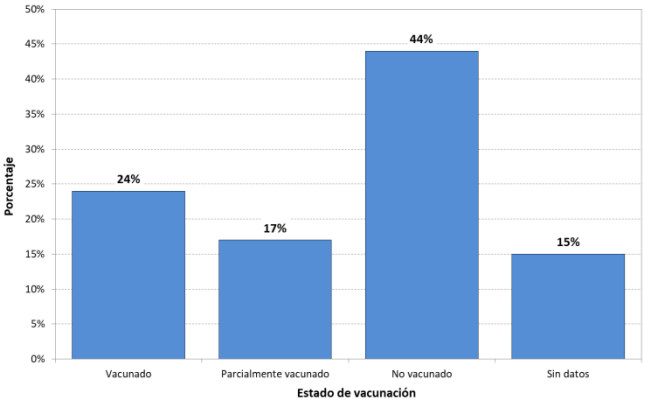
Nigeria



Casos reportados, según grupos etarios. Región Africana de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 25 de febrero de 2024.

Entre el 16 de mayo de 2022 y el 11 de febrero de 2024, se notificó un total de 27.078 casos sospechosos en 34 estados y el Territorio de la Capital Federal (TCF), de los cuales 16.603 (61%) fueron confirmados, y hubo 650 muertes. De los casos confirmados, 365 (2%) lo fueron por pruebas de laboratorio, 483 (3%) por vinculación epidemiológica y 15.755 (95%) por compatibilidad clínica. La tasa de letalidad entre los casos sospechosos se situó en 2,4%. En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 8, se notificaron 3.119 casos sospechosos, de los cuales 2.465 (79%) fueron confirmados, con 16 muertes. Casi 99% de los casos confirmados se originaron en los estados de Kano, Yobe, Borno, Bauchi y Katsina. Du-

rante el mismo período se registraron 33 muertes, procedentes de los estados de Kano (15), Borno (9), Katsina (5), Jigawa (2) y Bauchi (2). La tendencia nacional es a la baja, 59% de los casos confirmados eran mujeres y 25% estaban completamente vacunados.



Casos reportados, según estado de vacunación. Región Africana de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 25 de febrero de 2024.

Guinea

Del 4 de julio de 2023 al 25 de febrero de 2024, se notificaron 3.965 casos sospechosos, de los cuales 3.712 fueron confirmados, y hubo 91 muertes. La tasa de letalidad entre los casos sospechosos fue de 2,3%. Entre los casos confirmados, 43 (1%) fueron lo fueron por pruebas de laboratorio, 107 (3%) por vinculación epidemiológica y 3.562 (96%) por compatibilidad clínica. Al principio de la epidemia, sólo un distrito (Siguiri, más de 98% de los casos) estaba afectado, pero en las últimas semanas la epidemia se ha extendido a otras cinco regiones, incluida la capital, Conakry. La tendencia actual es a la baja, pero los casos siguen siendo elevados y la situación sigue siendo preocupante. Ninguno de los casos sospechosos notificados estaba completamente vacunado, 54% de los casos eran mujeres y 64% eran menores de 15 años.

Gabón

El país ha notificado 24 casos sospechosos (15 en 2024), que provocaron tres muertes, incluido el único caso confirmado por laboratorio.

Níger

Hasta el 25 de febrero de 2024, se notificaron 3.536 casos sospechosos, y 147 muertes, con una tasa de letalidad de 4,9%. De los casos confirmados, 191 (5,4%) lo fueron pruebas de laboratorio, 102 (2,9%) por vinculación epidemiológica y 3.243 (91,7%) por compatibilidad clínica. La tendencia nacional es a la baja, 59% de los casos confirmados eran del sexo femenino, 31% estaban vacunados y 64% eran menores de 15 años.

Mauritania

Se notificaron 20 casos sospechosos, todos confirmados mediante compatibilidad clínica, y seis muertes, con una tasa de letalidad de 25,0% entre los casos sospechosos.

Sudáfrica

Se notificaron 79 casos sospechosos y nueve fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio, incluido el caso índice, y una muerte en la prisión de Pollsmoor. Desde entonces no se ha notificado ningún nuevo caso y el brote está bajo control.

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

Brote de shigelosis relacionado con un festival de música

13/03/2024

El Departamento de Salud del estado de Victoria informó acerca de un brote de gastroenteritis por *Shigella* entre las personas que asistieron al Esoteric Festival, celebrado en Donald, Buloke, del 8 al 12 de marzo de 2024.

La Unidad de Salud Pública de Loddon Mallee ha estado trabajando con el Departamento de Salud, el Consejo de Buloke Shire, el personal de salud local, la dirección del festival y otras partes interesadas para garantizar que se implementaran las medidas adecuadas para evitar una mayor propagación.

Los asistentes y el personal que están regresando a sus hogares en Victoria y otros estados pueden desarrollar síntomas en los próximos días. De ser así, deben hacerse un análisis para detectar *Shigella* con una muestra de materia fecal.

Los síntomas pueden incluir diarrea, calambres abdominales, náuseas y vómitos.

La shigelosis es generalmente una infección autolimitada, pero es muy contagiosa y puede ser potencialmente grave.

Las personas con shigelosis que trabajan como manipuladores de alimentos, trabajadores de cuidado infantil, de atención médica o en centros residenciales no deben regresar a trabajar hasta que se les indique.

Las personas con síntomas de shigelosis deben mantener una buena higiene, lavarse las manos, evitar preparar alimentos para otras personas y practicar relaciones sexuales seguras.

Los médicos deben incluir cultivos de materia fecal al realizar pruebas de shigelosis a los pacientes.

El tratamiento con antibióticos sólo debe utilizarse en caso de infección grave.

Los resultados preliminares sugieren una cepa de *Shigella* resistente a los antimicrobianos, por lo que las terapias empíricas estándar para esta bacteria pueden no proporcionar una cobertura adecuada en los casos relacionados con este brote.

La gastroenteritis por *Shigella*, o shigelosis, es una infección intestinal caracterizada por un inicio agudo de diarrea (que puede ser acuosa o contener trazas de pus, mucus o sangre), fiebre, náuseas, vómitos y calambres abdominales. Por lo general, es una infección autolimitada; sin embargo, pueden ocurrir enfermedades graves y complicaciones en ciertas personas en riesgo, como niños pequeños, personas mayores y personas inmunocomprometidas.

La gastroenteritis por *Shigella* es muy contagiosa y se transmite principalmente por vía fecal-oral o por alimentos contaminados. También puede transmitirse durante el contacto sexual, especialmente el sexo oral y el sexo oroanal. Los síntomas generalmente se desarrollan entre uno y tres días después de la exposición, pero en algunos casos pueden ocurrir desde 12 horas hasta una semana después.

Las personas son contagiosas mientras la bacteria *Shigella* continúa eliminándose en las heces. Esto puede durar hasta cuatro semanas después de que desaparezcan los síntomas.

La hepatitis E se propaga por los campos de refugiados sudaneses

15/03/2024

La hepatitis E se está propagando a través de los campos de refugiados en el este de Chad, donde se han refugiado más de 550.000 sudaneses que huyen del conflicto en el vecino Sudán, advirtió Médicos Sin Fronteras (MSF). La propagación de la hepatitis E se está viendo exacerbada por las malas condiciones sanitarias y la desesperante escasez de agua potable en los campos, que se encuentran dispersos por la provincia de Ouaddai en Chad.

Una mujer que busca agua mira la cola de bidones que esperan ser llenados en el campamento de Metche, donde los equipos de Médicos Sin Fronteras suministran agua potable.

"Un año después de que estallara la guerra en Sudán, la difícil situación de quienes buscaron refugio en Chad sigue siendo terrible", afirmó Erneau Mondesir, coordinador médico de MSF en Adre. "Este es un riesgo para la salud no sólo para los refugiados sino también para las comunidades de acogida".

"Sin una acción rápida para mejorar la infraestructura sanitaria y mejorar el acceso de las personas al agua potable, corremos el riesgo de presenciar un aumento de enfermedades prevenibles y pérdidas innecesarias de vidas", agregó Mondesir.

Los equipos de MSF que trabajan en los campos de Adré, Aboutengue, Metché y Al-Acha han visto un aumento en los casos de hepatitis E, que están directamente relacionados con un saneamiento inadecuado y el acceso limitado de las personas al agua potable. Hasta la fecha, MSF ha registrado la asombrosa cifra de 954 casos de hepatitis E entre refugiados, incluidas 11 mujeres embarazadas; cuatro pacientes han muerto. La mayoría de los casos (469) se han producido en el campo de Adré, donde 122.000 personas esperan ser reubicadas en campos de refugiados más permanentes. Los equipos de la ONG también han registrado 292 casos en Aboutengue, 132 en Metche y 41 en los campos de Al-Acha.

En el campamento de Adré sólo hay una letrina para 677 personas, mientras que en el campamento de Metché hay una letrina para 225 personas.

"La situación es terrible en todos los campos", afirmó Mondesir. "Sin una acción rápida para mejorar la infraestructura sanitaria y mejorar el acceso de las personas al agua potable, corremos el riesgo de presenciar un aumento de enfermedades prevenibles y pérdidas innecesarias de vidas".

Actualmente, MSF suministra más de 70% del agua potable disponible en los campos de Adré, Aboutengue, Metché y Al-Acha. A pesar de esto, la gente recibe sólo 11 litros de agua potable por día, muy por debajo de los 20 litros por persona diarios recomendados para entornos de emergencia.

Con la inminente llegada de la estación seca, que suele durar de abril a mayo, las altas temperaturas aumentarán la necesidad de agua, mientras que el acuífero disponible disminuirá de tamaño.

“A pesar de nuestros incansables esfuerzos, la respuesta humanitaria en el este de Chad se ha visto obstaculizada por una financiación insuficiente para las organizaciones humanitarias sobre el terreno, lo que ha dejado lagunas críticas en el suministro de alimentos, agua y saneamiento”, afirmó Mondesir.

Los equipos de MSF han estado brindando asistencia vital a los refugiados sudaneses a lo largo de la frontera con Chad desde mayo de 2023. En respuesta al aumento de los casos de hepatitis E, ha estado intensificando sus actividades de promoción de la salud, centrándose en particular en las mujeres embarazadas y las nuevas madres, para aumentar la concienciación acerca de cómo las personas pueden protegerse de la enfermedad y evitar que se propague aún más.

MSF hizo un llamamiento a los donantes internacionales y a las organizaciones humanitarias para que intensifiquen urgentemente sus esfuerzos para prevenir una crisis sanitaria inminente, mejorando el saneamiento y proporcionando agua potable en todos los campos de refugiados y asentamientos en el este de Chad.

La hepatitis E es una infección viral altamente contagiosa que se transmite principalmente a través de agua contaminada. Representa una grave amenaza para las personas que viven en entornos hacinados e insalubres y puede ser mortal. Provoca inflamación del hígado y es particularmente peligrosa para mujeres embarazadas, personas mayores y personas con enfermedades crónicas, como diabetes, o enfermedades hepáticas de base. En los últimos años, la hepatitis E ha sido cada vez más reconocida como una carga de morbilidad global subestimada.

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 (VHE) generalmente se basa en la detección de anticuerpos de inmunoglobulina M (IgM) anti-VHE específicos 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 VHE 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 las personas con hepatitis fulminante y también se debe considerar para mujeres embarazadas sintomáticas.

La vacuna es 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, fue autorizada en China y se lanzó en 2012.

Desde principios de año se ha observado una escalada de casos de tos convulsa en España. Según los datos del último informe epidemiológico del Instituto 'Carlos III', la acumulación en tan sólo dos meses es de 4.097 casos mientras que, en 2023, fueron 54 en el mismo periodo de tiempo. El índice epidémico acumulado actual es de 75,8, superior al 1,25 que se considera incidencia alta. Si se mantiene la misma tendencia observada en enero y febrero, se trataría del peor brote epidémico desde 2015, cuando se registró un total de 9.234 casos.

Pero esta situación no es diferente en otros países del mundo, como Filipinas, Reino Unido, Serbia, Croacia, Dinamarca, Israel, Letonia y Chequia. De hecho, este último país acaba de informar del peor brote epidémico de tos convulsa en su historia reciente, con 1.666 casos en tan solo dos meses. Por ello, la Sociedad Checa de Vacunación ha recomendado la revacunación en adultos.

Al mismo tiempo que reaparece la tos convulsa también lo ha hecho la difteria, ya que la vacuna que se administra cubre tétanos, difteria y tos convulsa.

¿Es necesaria la revacunación?

"Esta situación nos pone en alerta sobre la cobertura vacunal de esta enfermedad y la subestimación de casos en adultos, que posiblemente sea mayor. En este contexto, quizá deberíamos plantear también en España la revacunación desde el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas", destacó Francisco José Roig Vázquez, neumólogo del Hospital Universitario Montepríncipe, de Madrid. "Las causas de esta situación hay que buscarlas en la evolución de clones más nuevos de la bacteria que causa esta enfermedad, *Bordetella pertussis*, la presencia de una cohorte de individuos subinmunizados y la falta de exposición a patógenos respiratorios debido al aislamiento durante la pandemia de covid", añadió.

Una peculiaridad en España es que la mayor incidencia de casos se está presentando en niños entre los 10-14 años, los cuales, en su mayoría, ya fueron vacunados en un 95%, "por lo que no parece que en España el problema sea por una infra vacunación", explicó Roig Vázquez. Aun así, la vacuna contra la tos convulsa que se recibe en la niñez pierde su efecto a la larga, por lo que pueden encontrarse casos en niños, especialmente si no han completado el esquema de vacunación.

Brote de carbunco tras el consumo de carne de cabra

13/03/2024

Al menos 17 residentes del pueblo de Kayoman, en la regencia de Gunungkidul, han estado expuestos al carbunco después de consumir carne de cabras sacrificadas en Sleman, Bahan Istimewa Yogyakarta. La Oficina de Salud del distrito de Gunungkidul examinó a 53 personas en Kayoman para evitar un aumento en los casos sospechosos de carbunco en la zona.

El jefe interino de la Oficina de Salud de Gunungkidul, Dewi Irawaty, dijo el 11 de marzo que a 17 de los 53 residentes examinados se les tomaron muestras de sangre porque habían interactuado con ganado sospechoso de estar infectado con carbunco. Las muestras fueron enviadas al Centro de Ingeniería de Salud Ambiental y Control de Enfermedades de Yogyakarta.

Estos 17 residentes, añadió, presentaban síntomas sospechosos de carbunco. Dos personas fueron hospitalizadas.

“Los funcionarios de salud han tomado medidas rápidas para prevenir la propagación del carbunco entre los residentes”, dijo.

El jefe del Departamento de Ganadería y Salud Animal de Gunungkidul, Wibawanti Wulandari, dijo que el incidente comenzó cuando un residente de la aldea de Kayoman trajo a casa varias cabras que habían sido sacrificadas en Sleman el 24 de febrero.

Las cabras fueron desolladas y la carne se consumió en Kayoman. Poco después murieron dos cabras y una vaca del residente. Las dos cabras fueron sacrificadas pero no consumidas. La vaca fue enterrada inmediatamente.

Un tiempo después, el residente en cuestión enfermó. “Todavía no sabemos si compró las cabras que se llevó a casa desde Sleman o si se las regalaron”, dijo.

Como medida de precaución y para evitar una mayor propagación, Wibawanti dijo que el Departamento de Ganadería y Salud Animal había rociado formalina en las áreas donde los animales sospechosos de estar infectados con carbunco fueron desollados y enterrados.

La desnutrición aguda se ha duplicado en un mes en el norte de la Franja de Gaza

15/03/2024

El 31% de los niños menores de dos años del norte de la Franja de Gaza (uno de cada tres) sufre desnutrición aguda, un aumento abrumador con respecto al 15,6% que había en enero.

La desnutrición se está extendiendo rápidamente entre los niños y está alcanzando niveles devastadores y sin precedentes en la Franja de Gaza a causa de las terribles repercusiones de la guerra y a las continuas restricciones en el suministro de ayuda.

Según los informes, al menos 23 niños del norte de la Franja de Gaza han muerto de desnutrición y deshidratación en las últimas semanas, lo que se suma al creciente número de niños muertos en la Franja como consecuencia del actual conflicto, que ya alcanza los 13.450 aproximadamente, según el Ministerio de Salud palestino.

Las evaluaciones sobre la nutrición realizadas en febrero por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y sus aliados en el norte del país revelaron que 4,5% de los niños de los refugios y centros de salud sufrían emaciación grave, la forma de desnutrición más peligrosa para la vida. Este problema de salud expone a la infancia a un elevado riesgo de sufrir complicaciones médicas y de morir a menos que reciban alimentos y tratamiento terapéutico urgente, que en la actualidad no está disponible. La prevalencia de la desnutrición aguda entre los menores de cinco años en el norte ha aumentado del 13% al 25%.

“La rapidez con la que ha evolucionado esta catastrófica crisis de desnutrición infantil en Gaza es estremecedora, especialmente cuando la ayuda que se necesita desesperadamente estaba lista a tan solo unos kilómetros de distancia”, declaró Catherine Mary Russell, directora ejecutiva del UNICEF. “Hemos intentado en repetidas ocasiones entregar ayuda adicional y hemos pedido reiteradamente que se aborden los problemas de acceso a los que nos enfrentamos desde hace meses. En lugar de ello, la situación de la infancia empeora cada día que pasa. Nuestros esfuerzos para proporcionar ayuda vital se topan con restricciones innecesarias que están costando la vida a los niños”.

Las evaluaciones realizadas por primera vez en Khan Younis, en la zona central de la Franja de Gaza, revelaron que 28% de los menores de dos años padecen desnutrición aguda, y más de 10% tienen emaciación grave.

Incluso en Rafah, el enclave meridional donde hay un mayor acceso a la ayuda, los resultados de las pruebas de detección entre los menores de dos años se duplicaron, al pasar de 5% de casos de desnutrición aguda en enero a cerca de 10% a fines de febrero, mientras que la emaciación grave se cuadruplicó, al pasar de 1% a más de 4% durante ese mes.

Los organismos de la Organización de Naciones Unidas llevan advirtiendo del riesgo de hambruna en la Franja de Gaza desde diciembre. En enero se superaron los umbrales de emer-

gencia para la desnutrición aguda infantil, que ha seguido aumentando rápidamente y a gran escala. Ahora mismo hay un riesgo elevado de que siga aumentando en toda la Franja de Gaza, lo que supondrá una mayor pérdida de vidas debido a la falta de ayuda humanitaria y a que no se han reestablecido los servicios esenciales.

El UNICEF ha atendido a los niños con tratamiento para la desnutrición aguda, incluido el uso de alimentos terapéuticos y fórmula infantil listos para usar, así como de suplementos de micronutrientes preventivos que contienen hierro y otros nutrientes esenciales para las mujeres embarazadas. Esta semana llegarán más suministros, pero siguen siendo insuficientes para cubrir todas las necesidades.

"Estamos haciendo todo lo que podemos para evitar un empeoramiento de la crisis humanitaria en Gaza, pero no es suficiente", afirmó Russell. "Un alto al fuego humanitario inmediato sigue siendo la única oportunidad de salvar las vidas de los niños y poner fin a su sufrimiento. También necesitamos múltiples accesos fronterizos terrestres que permitan la distribución fiable de ayuda a gran escala, incluso al norte de Gaza, junto con las garantías de seguridad y de acceso sin obstáculos que se necesitan para distribuir esa ayuda sin retrasos ni impedimentos".

La escalada de hostilidades en la Franja de Gaza tiene un impacto catastrófico en la infancia y sus familias. Los niños están muriendo a un ritmo alarmante: miles han muerto y miles más han resultado heridos. Además, se calcula que en la Franja de Gaza hay cerca de 1,7 millones de personas desplazadas, de las cuales más de la mitad son niños. La población carece de agua, alimentos, combustible y medicinas. El conflicto ha dañado sus hogares y ha destrozado familias enteras.

Más de 600.000 niños, la mitad de la población desplazada, están atrapados en Rafah. No tienen ningún lugar seguro a donde ir.

Incluso las guerras tienen reglas. Ningún niño debería ser privado de los servicios esenciales ni quedarse fuera de la cobertura de la ayuda humanitaria. Ningún niño debería ser tomado como rehén ni sufrir ningún tipo de abuso en los conflictos armados. Los hospitales y las escuelas deben ser protegidas de los bombardeos y, de conformidad con el derecho internacional humanitario, no deben utilizarse con fines militares. El costo de la violencia para los niños y sus comunidades se sentirá en las futuras generaciones.

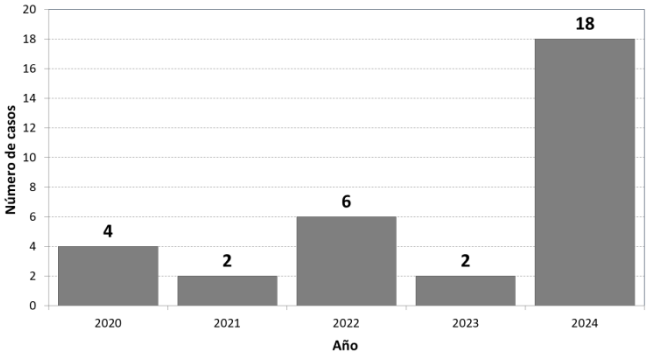
Para responder a la situación de los niños en Israel y el Estado de Palestina, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia pide:

- Un alto al fuego humanitario inmediato y duradero.
- Acceso seguro y sin trabas de la ayuda humanitaria a la Franja de Gaza y dentro de ella para llegar a las poblaciones afectadas dondequiera que se encuentren, incluidos los territorios del Norte. Deben abrirse todos los pasos fronterizos, en particular para proporcionar el combustible y los materiales necesarios para la puesta en funcionamiento y restablecimiento de infraestructuras críticas y suministros comerciales. Asimismo, debe garantizarse la seguridad de circulación de los trabajadores humanitarios y suministros en la Franja de Gaza y debe garantizarse la disponibilidad de una red de telecomunicaciones fiable para coordinar la respuesta.
- La liberación inmediata, segura e incondicional de todos los niños secuestrados, así como prevenir y poner fin a los ataques contra la infancia, incluidos asesinatos y mutilaciones.
- Respeto y protección de las infraestructuras civiles, como refugios y escuelas, y de las instalaciones sanitarias, de electricidad, agua y saneamiento, para evitar la pérdida de vidas civiles y de niños, prevenir el brote de enfermedades y garantizar la atención a personas enfermas y heridas. Todas las partes en conflicto deben respetar el derecho internacional humanitario.
- Que a las emergencias médicas en Gaza se les permita salir o recibir servicios médicos críticos, y que los niños heridos o enfermos sean evacuados y estén acompañados por sus familiares.

REPORTARON 23 CASOS DE HEPATITIS A EN LOS DOS PRIMEROS MESES DE 2024

08/03/2024

La Dirección General de Salud (DGS) de Portugal informó que, según datos de vigilancia epidemiológica y de laboratorio disponibles en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), entre el 1 de enero y el 5 de marzo de 2024 se confirmaron 23 casos de hepatitis A. La mayoría de los casos son varones, con edades entre 20-49 años; 44% de los contagios se produjo por transmisión sexual, no reportándose casos graves ni mortales.



Casos confirmados. Portugal. Años 2020/2024, meses de enero y febrero. Fuente: Dirección General de Salud de Portugal.

El Instituto Nacional de Salud (INSA) 'Dr. Ricardo de Almeida Jorge' identificó, entre los casos confirmados, seis cepas del virus de la hepatitis A previamente identificadas en el brote ocurrido entre 2016 y 2018, que afectó a varios países europeos, incluido Portugal.

Si bien la investigación epidemiológica aún está en curso, existe un aumento en el número de casos reportados en enero y febrero de 2024, en comparación con el mismo período de años anteriores.

Hasta el momento, y según la información disponible sobre los casos notificados, no parece existir asociación con el posible consumo de alimentos concretos, en concreto frutillas, teniendo en cuenta la alerta europea de seguridad alimentaria sobre la detección y preventa en España, de lotes de frutillas contaminadas con el virus de la hepatitis A procedentes de Marruecos, un país endémico de hepatitis A.

MÁS DE 8.000 CASOS DE SARAMPIÓN DESDE ENERO DE 2023

16/03/2024

En el período comprendido entre el 1 de enero de 2023 y el 10 de marzo de 2024, se confirmaron más de 8.000 casos de sarampión en Rumania, de los cuales ocho fueron mortales. La mayoría de los casos se registraron en Brașov (1.384 casos), Mureș (1.005) y București (1.004).

El pasado mes de diciembre el ministerio de Salud declaró la epidemia de sarampión para fomentar la vacunación. Se recomienda la vacunación a partir del año, pero el Ministerio fomenta incluso la vacunación de los que tienen entre 9 y 11 meses de edad. La vacuna triple viral es 100% gratuita para niños y se administra en los consultorios de médicos de familia.

Lamentablemente en los últimos años la vacunación ha disminuido mucho en Rumania. Según el ministerio de Salud, la cobertura de vacunación es baja: 78% para la primera dosis y 62% para la segunda.

Una representante del Instituto Nacional de Salud Pública, la Dra. Odette Popovici, advirtió sobre la "preocupante y galopante" caída de la cobertura de vacunación entre los niños.

Sólo 52% de los niños de un año están vacunados y la epidemia de sarampión es consecuencia del "movimiento antivacunas".

Precisó que el proyecto de ley de vacunación está desde hace mucho tiempo en la Cámara de Diputados, después de su aprobación en el Senado.

"Me gustaría dar una señal de alarma sobre la preocupante y galopante disminución, diría yo, de la cobertura de vacunación. Según las estimaciones más recientes, al año de edad, la cobertura de vacunación era sólo de 52%, a los 18 meses de 75%, de modo que a los dos años no supera el 79%, frente al indicador recomendado de 95%".

"El proyecto de ley de vacunación pasó hace tiempo en la Cámara Alta del Parlamento, no sabemos qué está pasando con este proyecto de ley, parece que está bloqueado en la Cámara de Diputados, pero lo que vemos claramente son las consecuencias del movimiento antivacunas, y quizás el ejemplo más revelador es la actual epidemia de sarampión que suma hasta el 10 de marzo 8.020 casos, incluidas ocho muertes".

"Rumania es el país con más casos en Europa", afirmó Popovici.

Entre el 6 de diciembre de 2023 y el 10 de marzo de 2024, según los datos extraídos del Registro Electrónico Nacional de Vacunación, se aplicaron 93.488 dosis de vacuna triple viral, de las cuales 15.056 dosis se utilizaron en niños de entre 9 y 11 meses.

Mi querido amigo René...

Mi querido amigo, profe y maestro:

Hoy mi pluma tiembla de tristeza y mi mente se nubla de tantos recuerdos y enseñanzas. Cuando rememoro muchas de nuestras conversaciones médicas se hace presente ese rostro afectuoso de mirada perspicaz, que me lleva a las frases de Tinsley R. Harrison, que refirió "No hay mayor oportunidad u obligación que pueda tocarle a un ser humano que convertirse en médico", y la de Gregorio Marañón, que cuando se le preguntó "¿Cuál es el fin de un ser humano?", respondió rápidamente: "La vocación".

Adecuadamente podemos afirmar que esa vocación y oportunidad estuvieron siempre presentes en René. Fundó su vida profesional en el basamento mismo de la Medicina, la incertidumbre y probabilidad de curación, diciendo "mientras voy por más, espero que sea menos". Por ello fue un destacado ginecólogo, reconocido por su excelencia y su compromiso en el cuidado de la salud de la mujer tanto en el país como en el mundo. Repetía siempre que "el médico de la mujer es el Ginecólogo", y agregaba: "es su primer educador". Defensor incansable en la educación médica del paciente y del colega.

Formalmente, el Profesor Doctor Emérito Don René Del Castillo poseía un currículo que impresiona; fue uno de los Maestros de la Medicina de Córdoba galardonados en 2016. Referente mundial de la técnica del ganglio centinela para cirugía oncológica, precursor de la Mastología Argentina y Panamericana, el 8 de febrero partió a nuevos destinos celestiales.

Entre sus logros profesionales y académicos se destacan:

- Médico Cirujano y Doctor en Medicina y Cirugía (Universidad nacional de Córdoba, UNC).
- Becario UNC por concurso en el Hospital de John Hopkins Baltimore (Fellow de la American College of Surgery).
- Certificación del Educational Council For Foreing Medical Graduates.
- Prof. Titular por Concurso IIª Cátedra de Clínica Ginecológica UNC y de la Cátedra de Clínica Ginecológica, de la Universidad Nacional de La Rioja (UNLaR).
- Prof. Titular Plenario de Ginecología UNC por Concurso en 1996.
- Prof. Emérito de la UNC.
- "Doctor Honoris Causae". UNLaR y Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- "Mención Honorífica Premio Domingo Faustino Sarmiento". Senado de la Nación Argentina. Presidencia de la Nación.
- Invitado Especial del Departament of Human Oncology, Division of Clinical Oncology of the Wisconsin Clinical Cancer Center – Estados Unidos.
- Mención Honorífica de Maestro Ilustre de la Mastología. Sociedad Argentina de Mastología y Academia Nacional de Medicina.
- Maestro de la Ginecología Latinoamericana, FLASOG.
- Mención Honorífica. Escuela Europea de Oncología.
- Maestro de la Ginecología Argentina, por FASGO.
- Miembro de Honor del Círculo Médico de Córdoba y de la Asociación Médica Argentina.
- Miembro Fundador de la Sociedad Internacional de Ganglio Centinela.

– Autor de numerosos trabajos de Ginecología General y Mastología (más de 200).
– Autor de seis libros de Ginecología y Mastología y coautor de Capítulos en más de diez.

Seguro falta un centenar de renglones…

A sus colegas los instaba a la formación continua; les dejó, entre muchas otras, estas frases:

> "En un estricto análisis autocrítico, estoy convencido que se avanza más si se mantiene un saludable y bajo perfil".
>
> "Hay que tratar de ser el mejor, pero **no** sentirse como tal…"
>
> "No hay métodos ideales, sino la experiencia y el aprendizaje que acercan al ideal".

También tenía tiempo libre que lo dedicaba íntegramente a su esposa y familia. Pocas personas he conocido que hayan sido tan generosas con sus hijos; su rol de padre y mentor siempre presente, orientando, aconsejando, oyendo, guiando… trasmitiendo principios éticos.

A sus familiares, con su ejemplo, parafraseándolo les enseñaba: "Recordemos que el amor y las frustraciones nos hacen crecer, por ello, debemos educar para el amor y la libertad. Una forma de hacerlo es proteger a la familia que es una gran escuela en la que sus miembros aprenden a vivir en comunidad, a tolerar, a aceptar la diversidad". Y el inolvidable "siempre UP".

Haber conocido al "Maestro", compartir vivencias... marcó sustancialmente en mi vida y la de muchos una diferencia, una parte del Maestro no escrita en su currículo.

Considero que el título de Maestro no se otorga por un trabajo científico, un descubrimiento o un evento puntual: es el reconocimiento a una vida dedicada a la profesión, a la práctica docente con profundo sentido ético y humanismo, y así fue René. Un maestro que dejó huella en sus amigos y en los colegas que con él formaron una impronta bioética. Su trayectoria marca un camino de tal magnitud para las generaciones siguientes, que lo posiciona incuestionablemente como Maestro.

Como amigo, sin embargo, fue un compañero de aventuras; un confidente, apoyo incondicional en los altibajos de la vida. Compartió nuestros triunfos y también nuestras penas, consuelo en momentos difíciles y festejo en las alegrías. Nos aceptó como somos, con virtudes y defectos, y nos inspiró a ser la mejor versión de nosotros mismos.

En la confluencia entre "el maestro" y "el amigo" se convirtió en un amigo, en un compañero en el viaje que transformó nuestro aprendizaje continuo. Pero, cuando el amigo fue maestro nos incitó a crecer, brindándonos amistad con sabiduría. Yo tuve la suerte de vivir ambas facetas; las enseñanzas de René, junto a las de mi padre, catalizaron mi crecimiento espiritual y emocional, me orientaron hacia una comprensión diferente del mundo que nos rodea.

Querido René: mi sentir academicista y profesional se resume en una frase del Juramento Hipocrático que dice: "Tributaré a mi maestro de medicina el mismo respeto que a los autores de mis días…"

Finalmente, una amiga ayer para mi consuelo me escribió: "Son muy tristes las pérdidas, las ausencias, los silencios y los recuerdos de nuestros seres queridos cuando parten".

René, siempre serás mi maestro, mi amigo… y un segundo papá.

Alfredo E. Benito
Editor

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.