

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid

## AMÉRICA

- Brasil: La ciudad de Niterói suelta mosquitos desde hace ocho años para frenar el dengue
- Colombia: Alerta epidemiológica en Medellín ante un incremento inusual de casos de hepatitis A
- Costa Rica: Focos activos de malaria en Alajuela y Limón

- Estados Unidos: Advierten por un brote de tularemia entre castores en Utah
- Estados Unidos: Aumentan en la ciudad de New York los casos de leptospirosis
- Panamá: Brote de meningitis por enterovirus en niños de una escuela de Chiriquí

## EL MUNDO

- Europa: Casos de shigelosis resistente en cinco países vinculados a un festival

- Filipinas: Los casos de sarampión muestran signos de estabilización
- Indonesia: Las muertes por dengue de este año ya suman 475, casi el triple que en 2023
- Japón: Los casos de sífilis ya son más de 3.000 en lo que va del año
- Región del Pacífico Occidental: Situación epidemiológica de la influenza aviar
- Reino Unido: Se confirmaron 1.109 casos de sarampión en Inglaterra desde octubre de 2023
- Terminología actualizada para los patógenos transmitidos por el aire

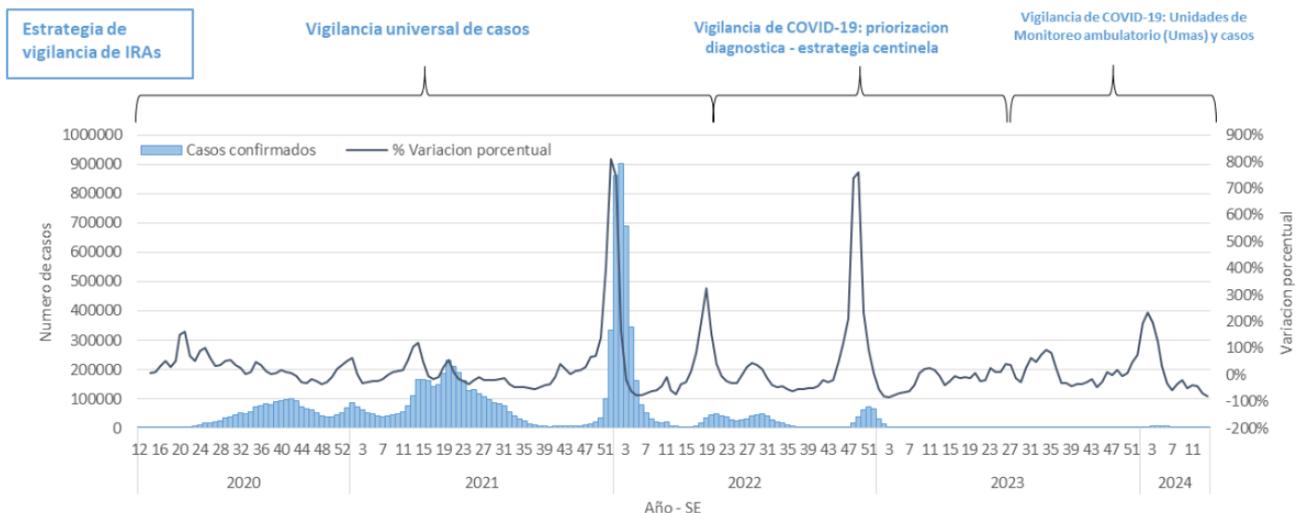
Comité Editorial	
<b>Editor Honorario</b> ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021) Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.	
<b>Editor en Jefe</b> ÍLIDE SELENE DE LISA	<b>Editores adjuntos</b> RUTH BRITO ENRIQUE FARÍAS
<b>Editores Asociados</b> 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	
 <b>Sociedad Argentina de Infectología</b> WWW.SADI.ORG.AR	 WWW.SE-
Adherentes	
    	
 <b>Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero</b>   	
   	

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

Si bien el número de casos confirmados de covid por semana epidemiológica (SE) durante el año 2023 y en lo que va del año 2024 es menor en comparación con los de años previos, se observa un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre la SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024, con tendencia descendente de las notificaciones en las siguientes (SE 5 a 14).

Considerando la distribución de los casos de covid por SE, se verifica una pendiente de ascenso pronunciada desde la SE 52 de 2023, si bien este incremento representa una variación porcentual menor en comparación con los ascensos observados en años anteriores. Respecto de las últimas SE analizadas, se registra una desaceleración de la tendencia ascendente de casos a partir de la SE 3 de 2024, con una variación porcentual negativa desde la SE 6 (-79,56% en la SE 14 respecto de la SE 12).



Casos confirmados y variación porcentual respecto a dos semanas epidemiológicas previas. Argentina. De semana epidemiológica 12 de 2020 a 14 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Luego del ascenso en el número de casos registrado entre las SE 30 y 40 de 2023, las notificaciones permanecieron con una tendencia oscilante. Entre la SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024 se verificó un nuevo incremento en el número de casos confirmados, con tendencia descendente a partir de la SE 5. Si bien en este último ascenso las notificaciones fueron inferiores a las registradas durante años previos, en la SE 4 de 2024 se confirmaron 8.994 casos, valor que supera al pico del ascenso anterior (SE 35 de 2023).

Respecto de los fallecimientos, se observa un ligero aumento en las notificaciones en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) en concordancia con el último ascenso de

casos, que alcanzó su máximo en las SE 5 de 2024, y posteriormente presenta una tendencia descendente, sin fallecimientos notificados en la SE 14 de 2024.

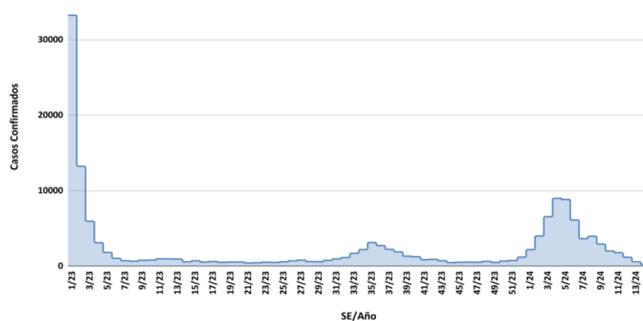
## Vigilancia en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs)

Desde el inicio de 2023, se analizaron 72.151 muestras para SARS-CoV-2 por todas las técnicas: reacción en cadena de la polimerasa (PCR), amplificación isotérmica y test de antígeno. De éstas, 14.283 resultaron positivas. En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso de los casos confirmados, acompañado de un ascenso del porcentaje de positividad, que alcanzó un máximo de 37,33% en la SE 2. Entre las SE 6 y 14 se verificó una tendencia descendente tanto en el número de casos como en la positividad, registrándose en la última SE analizada 35 casos confirmados entre las 377 muestras estudiadas por todas las técnicas, con un porcentaje de positividad de 9,28%.

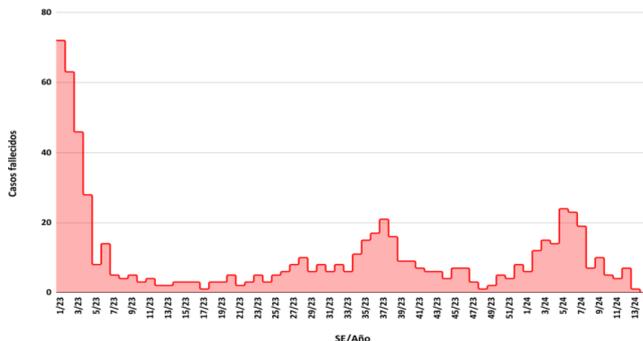
Desde la SE 1 de 2023 se estudiaron para SARS-CoV-2 23.553 muestras mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), de las que 3.018 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 12,81%. Este indicador presentó una tendencia descendente en las primeras seis SE del año 2023, oscilando posteriormente en valores bajos. Entre la SE 28 y la SE 36 se observó un ascenso en la positividad, asociado a un ligero aumento en el número de detecciones del virus. Durante las últimas SE de 2023, las detecciones de SARS-CoV-2 fueron estables en las UMAs, con algunas oscilaciones. En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMAs mediante técnica molecular, con un descenso posterior, analizándose 142 muestras en la SE 14, de las cuales tres resultaron positivas.

## Vigilancia en personas internadas

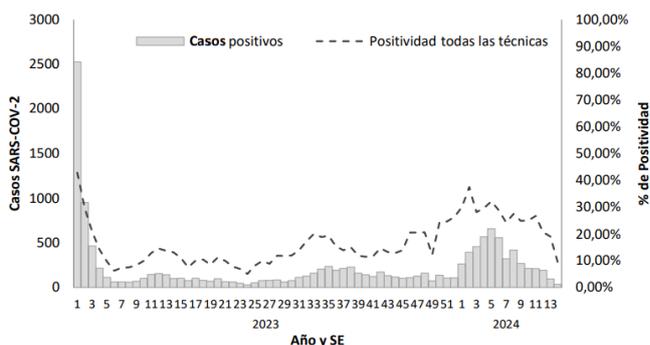
Desde la SE 1 de 2023, en términos acumulados, se estudiaron 127.456 muestras para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 11.011 fueron positivas (porcentaje de positividad



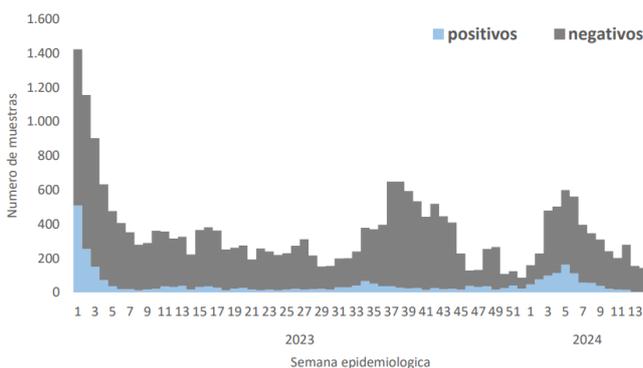
Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 14 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 14 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos y porcentaje de positividad de SARS-CoV-2 por todas las técnicas. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 14 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2, mediante reacción en cadena de la polimerasa. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 14 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

de 8,64%). Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia descendente durante las nueve primeras SE de 2023, correspondiente al último ascenso del año previo. Posteriormente, las notificaciones semanales permanecieron en niveles bajos hasta la SE 23, cuando se registró un nuevo aumento de casos que alcanzó su máximo en la SE 35, aunque de menor magnitud que el ascenso previo. A partir de esa SE, la tendencia de notificaciones descendió hasta la SE 46, con una relativa estabilización de las notificaciones en las SE siguientes. Entre la SE 52 de 2023 y la SE 5 de 2024 se verificó un aumento de las notificaciones, así como del porcentaje de positividad, que permaneció por encima de 10% hasta la SE 11 de 2024. En la SE 14 de 2024 se notificaron 26 casos de SARS-COV-2 entre las 432 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad de 6,02%.

## **Nuevas variantes del SARS-CoV-2**

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 5 de febrero y el 3 de marzo de 2024, fueron compartidas 14.764 secuencias del SARS-CoV-2 a través del GISAID. Como comparación, en los dos períodos anteriores de 28 días, se compartieron 52.965 y 85.807 secuencias, respectivamente.

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

En la actualidad, a nivel mundial, JN.1 es la VOI circulante dominante (notificada por 115 países), representando 90,3% de las secuencias en la SE 9 de 2024, en comparación con el 89,4% registrado en la SE 6. Su linaje parental, BA.2.86, se encuentra en descenso y representó 2,2% de las secuencias en la SE 9, en comparación con el 3% en la SE 6 de 2024.

La variante JN.1, descendiente del linaje BA.2.86, ha sido clasificada por la OMS como VOI el 19 de diciembre de 2023. Según la actualización de la valoración de riesgo realizada por la OMS para JN.1, publicada el 9 de febrero de 2024, la evaluación global en base a la evidencia disponible, fue de bajo riesgo adicional para la salud pública a nivel mundial.

Las otras VOI han disminuido o han mantenido estable su prevalencia global durante el mismo periodo. Además, respecto de las VUM, todas han mostrado una tendencia decreciente durante el periodo de notificación.

A nivel regional, durante las SE 6 a 9 de 2024, se dispuso de datos de secuenciación suficientes para calcular la prevalencia de variantes en tres regiones de la OMS: la Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región Europea. Entre las VOI, JN.1 fue la variante más reportada y mostró una tendencia en aumento en las tres regiones. Las demás VOI y todas las VUM observaron tendencias decrecientes o estables en las regiones mencionadas.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2. Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

## **La situación en Argentina**

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

Entre las SE 1 y 8 de 2024, se notificaron al SNVS<sup>2.0</sup> 458 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en 70,74% (324 casos), seguida de XBB\* en 16,81% (77 casos), EG.5 en 4,80% (22 casos) y BA.2.86\* en 4,59% (21 casos).

Entre las secuencias positivas para XBB\*, 74,03% (57 casos) corresponden a XBB.1.5\* y 3,90% (3 casos) a XBB.1.16\*. (\*Indica la inclusión de linajes descendientes).

En relación a las VOI designadas recientemente por la OMS, al 11 de abril de 2024 se detectó en Argentina un total de 349 casos de la variante JN.1\* y 28 casos de la variante BA.2.86\*.

Los casos fueron detectados a partir del trabajo conjunto de la Red Nacional de Virus Respiratorios, coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y Diagnóstico Molecular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

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

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

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

Para disfrutar de una de las vistas más lindas de la ciudad de Rio de Janeiro, lo mejor es tomar el ferri, cruzar la bahía de Guanábara como hacen a diario miles de personas y, en 20 minutos, desembarcar en la ciudad de enfrente, Niterói. Ver desde allí el atardecer sobre la ciudad más famosa de Brasil es impagable y, aunque conviene no bajar la guardia, las probabilidades de contraer dengue son mucho menores. Niterói, una ciudad dormitorio con un museo con forma de plato volador y firma de Oscar Niemeyer, se está labrando una reputación como ciudad modelo ante la crisis del dengue, que este año es especialmente aguda en Brasil y el resto de América Latina.



Proceso de separación de las larvas de mosquito por sexo y tamaño en el laboratorio del World Mosquito Program en la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ), en Rio de Janeiro.

Su tasa de incidencia es de 187 casos cada 100.000 habitantes, siete veces menos que la media brasileña y que Rio de Janeiro (1.401 cada 100.000 habitantes), según los datos oficiales del Ministerio de Salud de Brasil. Y parte del secreto –no todo– está en la suelta masiva de mosquitos modificados, que los brasileños han apodado como *wolbitos*. Son una variante de *Aedes aegypti* a la que se introdujo en laboratorio la bacteria *Wolbachia*, que reduce su capacidad de transmitir el dengue y otras enfermedades como la fiebre zika, la fiebre chikungunya o la fiebre amarilla.

“Hemos pasado de ser investigación, un experimento, a ser un instrumento de política pública porque el Ministerio de Salud ha adoptado el método”, explica Diogo Chalegre, de 40 años, líder de relaciones institucionales del proyecto Wolbachia en Brasil. Suavizados los recelos ante los resultados de las primeras experiencias, aumenta también el interés porque la crisis de dengue es especialmente grave en toda América. En lo que va del año, Brasil suma más de 1.100 muertes por esta enfermedad, investiga otras 1.800 y tiene una tasa de incidencia de 1.460 casos cada 100.000 habitantes, el doble que hace un año.

Todos los implicados en el método Wolbachia recalcan que aquí no hay ningún tipo de modificación genética, sino la inyección de un microorganismo natural presente en 60% de los insectos del planeta.

La diseminación periódica de millones de mosquitos desde hace algo más de ocho años ha logrado sustituir en Niterói los *Aedes aegypti* originales (sin la bacteria *Wolbachia*) por los modificados, los *wolbitos*, que no contagian, y que el World Mosquito Program (WMP) cría en un laboratorio de la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ), en Rio de Janeiro.



Trabajadoras del laboratorio del World Mosquito Program en la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' hacen recuento de las larvas de mosquitos.

Y todo indica que funciona. La bióloga Catia Cabral da Silva, de 46 años, explica cómo: “La diferencia entre este método y otros es que no se quiere acabar con los mosquitos, se quiere sustituir la población de *Aedes aegypti*

con los mosquitos con *Wolbachia*”, explicó. Ella es la encargada del criadero que gestiona con su equipo. Un laboratorio con varios ambientes a distintas temperaturas al que conviene entrar con el mínimo de piel expuesto, porque los insectos no perdonan.

Allí cultivan los miles de huevos en bandejas con agua, alimentan las larvas con pasta de hígado y harina de pescado, separan cuidadosamente las hembras de los machos con un aparato que los distingue por tamaño, las recuentan con paciencia infinita y una especie de cucharilla. En un par de días eclosionan y, cuando ya son *wolbitos* adultos, los alimentan con un cóctel de sangre humana y animal. Las jaulas más grandes son como mosquiteras del tamaño de un frigorífico y albergan unos 80.000 ejemplares. Parte de la producción es para soltarla en las ciudades que participan del programa. El resto, para que pongan huevos y el ciclo comience de nuevo. Cada semana crían unos 120 gramos de huevos. O sea, 120 millones de huevos.

La secretaria de Salud de Niterói, Anamaria Carvalho Schneider, los llama “mosquitos del bien”. Carvalho Schneider todavía recuerda el asombro y recelo del entonces alcalde cuando, en 2015, la FIOCRUZ y el WMP le propusieron que el municipio, de medio millón de vecinos, acogiera una prueba piloto. Aquello sonaba delirante. “Él se asustó y dijo: ¿cómo? Todos los alcaldes están matándolos... ¿Y quieren que yo suelte mosquitos?”, recordó. Al final, aceptó. Porque, explica Carvalho Schneider, “confió en la ciencia y en la credibilidad de la FIOCRUZ”. Y, además, a la ciudad le resulta gratis. Datos del Ministerio de Salud brasileño citados por la empresa de mosquitos indican que por cada dólar invertido se obtiene un retorno de entre 44 y 550 dólares.

## El secreto está en las hembras

“La clave de este método descubierto en Australia son las hembras. Ellas transmiten a sus crías la bacteria que frena el contagio. Y gradualmente se sustituye una población por otra”, explicó la investigadora. Cada tanto se capturan mosquitos para comprobar cómo avanza la sustitución de los originales por los modificados. Importante para el éxito de la misión, porque estos insectos no viajan lejos, unos 100 metros a lo sumo. Y viven más o menos un mes.

Los prometedores resultados en Niterói y en las otras ciudades que han adoptado el método –implantado en 14 países por el WMP– han aumentado su atractivo y la demanda. Seis ciudades más repartidas por todo Brasil (Natal, Uberlandia, Presidente Prudente, Londrina, Foz de Iguacu y Joinville) se preparan para recibir mosquitos modificados a partir de junio, con lo que serán ya 11 ciudades. Para eso necesitan muchos más mosquitos de los que ahora pueden producir. Por eso, el WMP Brasil está construyendo una macrogranja. “Si ahora se crían cada mes

40 millones de mosquitos con *Wolbachia*, dentro de un año se espera aumentar hasta 400 millones al mes”, explicó Chalegre.

A partir de la experiencia piloto en un primer barrio de Niterói, se fueron sumando nuevos distritos y en siete años se llegó a cubrir toda la ciudad. Pero la secretaria de Salud de Niterói recalcó que los mosquitos son parte de una estrategia que abarca muchas otras actuaciones. El secreto es la combinación de todas ellas, incluidas las campañas para evitar el agua estancada en los hogares (pozos, macetas), el repelente y evitar las ropas negras que, se desconoce por qué, les encantan. “Te-



Una jaula con 80.000 ejemplares de mosquitos adultos. Una parte serán soltados en ciudades y el resto seguirá en el laboratorio para producir huevas.

nemos 300 agentes de control de zoonosis que visitan 6.000 edificios al día”, explicó Schneider. El Ayuntamiento tiene un equipo específico para entrar en los edificios abandonados. Y también está la vacuna. Brasil es el único país por ahora que la suministra en la sanidad pública.

Belo Horizonte, Campo Grande y Petrolina son las otras ciudades donde el método se usa. Cuando en Niterói comenzó la suelta de los mosquitos contra el dengue, tampoco fue fácil convencer a los vecinos, recuerda la responsable de salud. Para eso, el Ayuntamiento echó mano de los médicos de familia, inspirados en una experiencia cubana, que viven en los barrios donde atienden. Ellos fueron los encargados de explicar a los líderes comunitarios y asociaciones de vecinos los detalles del innovador método. “Logramos conquistarlos, fue un trabajo de hormiguita”, recordó Carvalho Schneider.

Ahora Niterói recoge los frutos de todos esos años mientras el dengue causa estragos mucho mayores al otro lado de la bahía, en la ciudad de Rio de Janeiro. “Allí también han aplicado el sistema *Wolbachia*, pero a mucha menor escala y con la dificultad añadida que suponen los grupos armados que controlan barriadas enteras y dificultan muchísimo la implementación y monitoreo del proyecto”, explicó Chalegre.

La Secretaría de Salud de Medellín emitió una alerta epidemiológica ante el inusual incremento de los casos de hepatitis A en la ciudad.

Desde el 1 de enero y hasta la fecha, en el Distrito se han reportado 431 casos, lo que representa un incremento de 140% respecto del mismo periodo del año anterior, en el que se registraron 179. Esta enfermedad afecta al hígado causando su inflamación.

El 98 % de los casos se presentó en la zona urbana de la ciudad, y 33% requirió hospitalización.

El principal mecanismo de transmisión es a través de agua, alimentos u objetos contaminados con el virus que entren en contacto con la boca, razón por la que es más frecuente cuando hay condiciones higiénicas y sanitarias inadecuadas. Existen otras formas de transmisión menos frecuentes entre las que se destacan el uso de drogas intravenosas y la transfusión de sangre; esta última, aunque rara vez se reporta, puede ocurrir cuando el donante está en el periodo de incubación.

En Medellín, la vacuna contra la hepatitis A se aplica de manera gratuita desde el año 2012, por lo que los niños menores de 12 años vacunados son menos propensos a adquirir la patología. El biológico está disponible en las instituciones prestadoras de salud básicas y en los 72 puntos de inmunización del Distrito.





COSTA RICA

FOCOS ACTIVOS DE MALARIA  
EN ALAJUELA Y LIMÓN

16/04/2024

El Ministerio de Salud informó que en el país hay 10 focos activos de malaria, de los cuales cuatro se presentan en la provincia de Alajuela y otros cuatro en Limón. En lo que va del año, ya se contabilizan 110 casos de esta enfermedad.

Los otros dos focos están ubicados en Puntarenas. Además, en la contabilización de los casos, los que se catalogaron como importados, se relacionan con la ruta migratoria a través de la Selva del Darién en Panamá.

Fabiola María Jiménez Rodríguez, microbióloga de la Universidad de las Ciencias Médicas (UCIMED), se refirió a lo que ocurre en Alajuela y Limón.

“El mosquito *Anopheles*, que transmite la malaria, se encuentra en zonas de baja altitud, generalmente cerca de las costas. No se lo encuentra a mayores altitudes, como el Valle Central de Costa Rica, por lo que allí no hay transmisión de la enfermedad. Esto sí ocurre en zonas bajas como Limón y varios sectores de Alajuela, sobre todo más hacia el norte, donde se están produciendo los casos de malaria”, explicó la profesional.

También se informó que cuatro focos de malaria fueron eliminados, tras un seguimiento de más de un año.



15/04/2024

Nueve castores fueron encontrados muertos en las últimas semanas en los condados de Summit, Wasatch y Utah. Tres fueron examinados y resultaron positivos para tularemia, una enfermedad que también puede afectar a los humanos. La División de Recursos de Vida Silvestre (DWR) de Utah pidió a la población que tenga cuidado y no toque a los animales e informe cualquier castor muerto a los funcionarios de la DWR.

Cinco de los castores fueron encontrados cerca de Swaner Preserve & EcoCenter entre el 23 de marzo y el 2 de abril; otro cerca de Midway el 5 de abril. El 8 de abril se encontraron muertos otros dos castores y un campañol cerca de la presa Jordanelle; y el último fue descubierto en el área de Birdseye del condado de Utah el 10 de abril.



Los cadáveres de dos castores descubiertos en Swaner Preserve & EcoCenter, el descubierto en Midway y el encontrado cerca de Birdseye fueron enviados al Laboratorio de Diagnóstico Veterinario de Utah y al Laboratorio de Salud Pública de Utah. Los cuatro dieron positivo para tularemia.

“La bacteria *Francisella tularensis*, que causa esta infección se encuentra en el ambiente en muchas áreas de Utah; sin embargo, es inusual ver morir tantos animales a la vez”, dijo la veterinaria Ginger Stout del DWR.

La tularemia, también conocida como fiebre de los conejos, peste de las liebres y fiebre de los tábanos, es una enfermedad infecciosa aguda y mortal de conejos, liebres y otros roedores, incluidos los castores. La enfermedad está presente en toda América del Norte y se transmite por la picadura de una garrapata o un tábano; por contacto directo con sangre o tejido de animales infectados; o por ingestión de agua contaminada o carne de conejo o liebre poco cocida procedente de un animal infectado

Los seres humanos son susceptibles a la tularemia y los casos humanos suelen ser el resultado de la picadura de una garrapata o de un tábano en el verano o cuando alguien manipula animales infectados capturados durante las temporadas de caza o captura. La enfermedad puede poner en peligro la vida de las personas si no se trata rápidamente, pero la mayoría de las infecciones se pueden tratar con éxito con antibióticos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

“Existe preocupación sobre la posibilidad de que la enfermedad sea transmitida por garrapatas o tábanos, por lo que se recomienda tomar las precauciones necesarias usando ropa protectora, repelente de insectos adecuado y controlando si hay garrapatas después de estar en áreas con maleza”, dijo Stout.

Cualquiera que vea conejos, castores u otros roedores muertos no debe tocar los cadáveres y debe informarlo a la oficina del DWR más cercana.

El último caso confirmado de tularemia que mató a un animal silvestre en Utah ocurrió en 2017, un conejo cola de algodón en el área de Kanab.

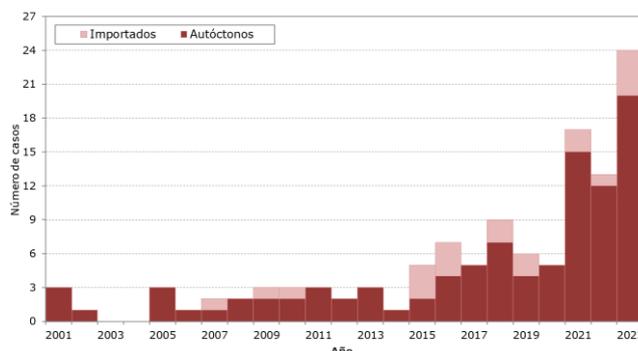
---

La tularemia se limita en gran medida al Hemisferio Norte y normalmente no se encuentra en los trópicos ni en el Hemisferio Sur. Se reconocen dos linajes clínicamente predominantes: el tipo A, o *Francisella tularensis tularensis*, presente en América del Norte, y el tipo B, *Francisella tularensis holartica*, presente en todo el Hemisferio Norte. *F. tularensis tularensis* (tipo A) tiene un ciclo terrestre asociado a lagomorfos (conejos y liebres), y es muy virulento para humanos y conejos domésticos. El tipo B está vinculado a un ciclo acuático y en él participan predominantemente castores (*Castor canadensis*) y roedores arvicolinos, como la rata almizclera (*Ondatra zibethicus*).

*F. tularensis* se transmite principalmente por garrapatas y tábanos. Además de la transmisión por vectores, la tularemia se puede transmitir por contacto con animales infectados o fómites ambientales, por inhalación o por ingestión de carne mal cocida de animales infectados o agua contaminada.

El Departamento de Salud de la Ciudad de New York instó a los proveedores de salud a estar conscientes de un aumento continuo en los casos de leptospirosis, una enfermedad bacteriana potencialmente mortal transmitida por ratas que puede infectar tanto a humanos como a mascotas.

Los casos humanos de leptospirosis siguen siendo limitados (hasta la fecha se han reportado seis casos en la ciudad este año), pero tienen una tendencia ascendente. Se reportaron 24 casos en la Ciudad de New York en 2023, el total anual más alto hasta el momento, según las autoridades.



Casos de leptospirosis, según sitio de contagio. Ciudad de New York. Años 2001/2023. Fuente: New York City Health.

Las infecciones en la ciudad están asociadas en gran medida con la exposición a ambientes y materiales contaminados con orina de rata, incluida la tierra, el agua y las bolsas de basura o que contienen desechos de alimentos.

Los síntomas van desde fiebre hasta dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, vómitos, diarrea, tos, ictericia y sarpullido. El período de incubación suele ser de 5 a 14 días, con un rango de 2 a 30 días. Si no se trata, puede producirse insuficiencia renal, meningitis, daño hepático y dificultad respiratoria. La leptospirosis se trata con antibióticos, como penicilina y doxiciclina.

En los últimos 22 años, sólo se han notificado 98 casos adquiridos localmente. Clínicamente, los casos se presentaron con insuficiencia renal y hepática aguda y, en ocasiones, afectación pulmonar grave. Seis de esos 98 pacientes murieron. En general, la edad promedio de los casos fue de 50 años, generalmente hombres (94%) y reportados con mayor frecuencia en el Bronx (37), seguido de Manhattan (28), Brooklyn (19), Queens (10) y Staten Island (4). La transmisión de persona a persona es rara.

La bacteria *Leptospira* puede morir en cuestión de minutos en condiciones de calor seco o temperaturas bajo cero, lo que limita su supervivencia en los fríos inviernos de la ciudad. El exceso de lluvia (acabamos de tener el cuarto marzo más lluvioso registrado) y el calor fuera de estación, factores asociados con el cambio climático, pueden respaldar la persistencia de la bacteria.

El año pasado, la mitad de los casos adquiridos localmente se reportaron en los meses de junio y octubre, meses que fueron más cálidos y húmedos, con fuertes lluvias y días inusualmente cálidos en comparación con años anteriores, dijeron funcionarios de salud.

La leptospirosis también puede ser una enfermedad potencialmente mortal en los caninos. La transmisión de perro a humano es rara. A principios de 2022, las muertes presuntamente relacionadas con la leptospirosis de cuatro perros provocaron una investigación y el cierre de un popular parque para perros de Brooklyn.

Las pruebas de diagnóstico están disponibles e incluyen la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en sangre, orina y pruebas serológicas. Un análisis de sangre detecta la enfermedad más rápidamente. Los casos deben notificarse al Departamento de Salud de la ciudad dentro de las 24 horas.

Los legisladores de New York están proponiendo reglas para reducir humanamente la población de ratas y otros roedores. Están considerando el control de la natalidad de ratas y la prohibición de las trampas de pegamento como alternativas al veneno o una muerte lenta y brutal. Recientemente entró en vigor una nueva norma que exige que todas las empresas utilicen contenedores de basura con tapa o se enfrentarán a multas.

Autoridades de los Ministerios de Educación y de Salud decidieron en conjunto con padres de familia, suspender las clases en el Centro Educativo Bilingüe 'José María Roy' por dos días (17 y 18 de abril), tras confirmarse cuatro nuevos casos de meningitis por enterovirus.

La medida sugerida para esta escuela ubicada en David, provincia de Chiriquí, busca prevenir nuevos contagios, verificar las condiciones sanitarias y de bioseguridad de las instalaciones, informó la directora médico regional del MINSA, Gladys Haydée Novoa Miranda.



Novoa Miranda indicó que se han confirmado un total de ocho casos de meningitis por enterovirus –de acuerdo a las pruebas de punción lumbar–, cifra que podría aumentar si no se adoptan las recomendaciones y normas requeridas para evitar la cadena de contagio, pues, otros niños presentan sintomatología de infecciones gastrointestinales.

La atención del brote de meningitis por enterovirus en el plantel educativo continuará la próxima semana con la valoración clínica preliminar (triage) de los niños que presenten síntomas como dolor de cabeza, fiebre y rigidez del cuello.

Novoa Miranda señaló que los equipos de epidemiología y bioseguridad seguirán efectuando la vigilancia correspondiente, pero un alto porcentaje de que la situación mejore deben aportarla los acudientes, reiterando la higiene y limpieza de manos, aguas y bebidas a consumir.



EUROPA

CASOS DE SHIGELOSIS RESISTENTE EN  
CINCO PAÍSES VINCULADOS A UN FESTIVAL

13/04/2024

El 9 de abril de 2024, Bélgica informó al Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) de un aumento de las infecciones por *Shigella sonnei* extremadamente resistente a los medicamentos (XDR), con un total de 31 casos desde enero de 2024. De estos casos, 27 son hombres y uno de ellos había participado en el [Darklands Festival](#), que tuvo lugar en Antwerp, Bélgica, del 27 de febrero al 4 de marzo de 2024 y es un evento orientado a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

Tras la alerta de Bélgica, otros cuatro países de la Unión Europea (UE) informaron casos de infección por *Shigella* entre HSH relacionados con el Darklands Festival en Antwerp: Alemania (2 casos), Irlanda (2) y Países Bajos (1). Además, Dinamarca notificó un caso con antecedentes de viaje a Bélgica antes del 11 de marzo de 2024, pero con un vínculo poco claro con el festival. Los resultados de la secuenciación del caso en Bélgica relacionado con el Darklands Festival indican la misma cepa XDR de *Shigella* que se ha notificado anteriormente entre HSH en varios países de la UE y el Espacio Económico Europeo (EEE), un evento de transmisión entre países que [comenzó a fines de 2022](#). Uno de los dos casos identificados en Irlanda, que informaron asistencia al Darklands Festival en Bélgica en los días previos al inicio de los síntomas, tiene un perfil de secuenciación diferente. Sin embargo, muestra resistencia a múltiples fármacos contra los agentes antimicrobianos de uso común.

## Evaluación del ECDC

Se han notificado siete casos de infecciones por *Shigella* relacionados con el Darklands Festival en Antwerp, Bélgica, o que viajaron a Bélgica antes de su inicio. El evento muestra el potencial de que se produzcan “puntos críticos” de transmisión en eventos de reunión masiva a los que asisten HSH. Como *Shigella* se transmite por vía fecal-oral y también puede propagarse a través de contactos sexuales, las personas que mantienen encuentros sexuales con múltiples parejas sexuales anónimas o casuales mientras asisten a dichos eventos pueden enfrentar un riesgo elevado de infección. Dada la baja dosis infecciosa, es probable que a su regreso se produzca una mayor propagación de las personas infectadas a sus parejas sexuales y contactos domésticos en sus países de origen. El período de incubación de la infección por *Shigella* varía de 12 horas a cuatro días; sin embargo, suele ser de uno a siete días.

Algunos casos parecen estar relacionados con un grupo en evolución de shigelosis XDR que se extendió por varios países de la UE/EEE y que comenzó en diciembre de 2022.

La cepa de *S. sonnei* relacionada con los casos del brote de 2022-2024 muestra una amplia resistencia a los medicamentos y no susceptibilidad a las penicilinas, cefalosporinas de tercera

generación (CTX-M-15), aminoglucósidos, tetraciclina, sulfonamidas, quinolonas y azitromicina, lo que deja muy pocas opciones de tratamiento para infecciones graves.

Es muy probable que se produzcan más casos de esta cepa, especialmente entre HSH, no solo en los países que notificaron casos sino también en otros Estados miembros, dada la naturaleza interconectada de las redes sexuales de HSH en Europa. También es probable que otros casos que aún no se han detectado ya se hayan presentado en otros Estados miembros.

## **Acciones**

Las acciones generales y los mensajes de prevención relacionados con el grupo en evolución de *Shigella* XDR que afecta predominantemente a HSH se describieron anteriormente. Estos siguen siendo válidos y son particularmente importantes considerando los próximos eventos del Orgullo y otros festivales HSH en la primavera y el verano.

Específicamente para el Darklands Festival, es importante que los HSH con síntomas y antecedentes de viaje al evento, o que hayan estado en contacto con parejas sexuales u otros contactos cercanos que viajaron allí, busquen atención de inmediato. Deben informar a sus médicos sobre su historial de viajes y su posible exposición y abstenerse de actividad sexual mientras son evaluados. Las autoridades de salud pública deberían considerar trabajar con organizaciones de la sociedad civil que se enfocan en HSH para crear conciencia en la comunidad sobre el riesgo de adquirir la infección por *S. sonnei* XDR asociada con los viajes a Darklands. También es importante crear conciencia entre los médicos, incluida la necesidad de realizar pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos y de informar rápidamente a las autoridades de salud pública. Se debe alentar a las parejas sexuales de los casos a que reciban atención y se hagan pruebas.

También se recomienda crear conciencia sobre la amenaza de transmisión sexual de *Shigella* y otros patógenos entéricos y acciones para reducir el riesgo, de cara a las temporadas de primavera y verano, considerando el aumento de viajes y asistencia a las fiestas del orgullo y otros festivales durante esta época. El ECDC ha recibido informes recientes de casos de infección por el virus de la hepatitis A entre HSH en Portugal y Países Bajos.

Según el Departamento de Salud de Filipinas, los datos desde principios de año hasta el 6 de abril de 2024 muestran que ha habido 1.627 casos de sarampión en el país, con cuatro muertes registradas.

Los niños menores de diez años son los que corren mayor riesgo de sufrir sarampión, y representan 82% del total de casos. La mayoría tiene menos de cinco años.

Casi la mitad de los casos (787; 48%) provienen de la Región Autónoma de Bangsamoro en Mindanao Musulmán (BARMM), donde una inmunización de respuesta al brote de sarampión (IRBS) no selectiva se encuentra ahora en la segunda semana de su fase intensiva.

Han sido vacunados 849.728 niños de la BARMM en este IRBS hasta el 14 de abril. Las tres provincias de la BARMM con el mayor porcentaje de población objetivo vacunada son: Maguindanao del Norte (88,5%), Sulu (79,2%) y Maguindanao del Sur (72,2%). Sólo 2,3% de aquellos a quienes se les ofrecieron vacunas las pospusieron o las rechazaron.

La curva epidémica nacional de nuevos casos semanales de sarampión está mostrando signos de estabilización, lo que indica que la transmisión general puede estar desacelerándose. Es posible que los efectos protectores de la IRBS no se observen en la curva epidémica hasta 4 a 6 semanas después de su inicio.

Además, el Departamento de Salud es cauteloso a la hora de interpretar las tendencias, ya que puede haber informes tardíos o casos previamente registrados como clínicamente compatibles pero que luego demostraron tener resultados negativos.

El Ministerio de Salud de Indonesia informó que, en lo que va del año 2024 hasta el 13 de abril, el número de muertes por dengue suman 475. Se trata de un aumento de 179% en comparación con el mismo período de 2023, cuando se reportaron 170 muertes.

La mayor cantidad de muertes por dengue se registran en los distritos de Bandung (25), Jepara (21), Subang (18), Kendal (16) y la ciudad de Bekasi (15).

Además, el recuento total de casos ha superado la marca de 60.000 casos, con 62.001, también un aumento de 175% en comparación con las cifras del año pasado hasta la misma fecha, cuando se registraban 22.551.

El distrito de Tangerang (2.540), la ciudad de Bandung (1.741), el distrito de West Bandung (1.422), el distrito de Lebak (1.326) y la ciudad de Depok (1.252) lideran en el país los casos de dengue hasta la fecha.

Los funcionarios de salud reiteraron la importancia de mantener la limpieza personal y ambiental para prevenir la enfermedad, incluida la eliminación de las áreas de reproducción de mosquitos.





JAPÓN

LOS CASOS DE SÍFILIS YA SON MÁS  
DE 3.000 EN LO QUE VA DEL AÑO

18/04/2024

El Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (NIID) de Japón notificó 3.332 casos de sífilis en 2024, hasta la primera semana de abril.

Tokio ha registrado la mayor cantidad de casos hasta la fecha con 816, seguido de Osaka con 416 y Fukuoka con 200.

El total hasta la fecha es inferior a los 3.785 casos notificados en las primeras 14 semanas epidemiológicas de 2023.

El número total de casos de sífilis confirmados en 2023 alcanzó los 14.906, el mayor desde 1999, cuando se introdujo el método de encuesta actual.

El NIID añadió a sus estadísticas en 2019 datos sobre mujeres embarazadas infectadas con sífilis.

Un total de 383 mujeres embarazadas resultaron infectadas con sífilis en 2023, la cifra más alta en Japón desde 2019.

Las cifras de 2023 también muestran que el número de bebés con sífilis congénita también alcanzó un récord.

## **Infección humana por virus de la influenza aviar A(H5)**

- **Infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1)**

Entre el 5 y el 11 de abril de 2024, no se notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) nuevos casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en la Región del Pacífico Occidental.

Desde el 1 de enero de 2003 hasta el 28 de marzo de 2024, se notificó un total de 254 casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en cuatro países de la región: Vietnam (129 casos), Camboya (67), China (55) y Laos (3). De estos casos 254 casos, 141 fueron fatales, lo que resultó en una tasa de letalidad de 56%. Los últimos casos en la región fueron notificados en Vietnam, con fecha de inicio el 11 de marzo de 2024.

A nivel mundial, desde el 1 de enero de 2003 hasta el 28 de marzo de 2024, se notificaron 888 casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en 23 países. De estos 888 casos, 463 fueron mortales (tasa de letalidad de 52%).

- **Infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N6)**

Entre el 5 y el 11 de abril de 2024, no se notificaron a la OMS nuevos caso de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N6) en la región. Hasta la fecha, desde 2014 se ha notificado a la OMS en la región un total de 90 casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de la influenza A(H5N6), incluidas 35 muertes (tasa de letalidad de 39%) en la región. El último caso fue reportado por China, con fecha de inicio el 25 de noviembre de 2023.

- **Infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5)**

Entre el 5 y el 11 de abril de 2024, no se notificó a la OMS ningún nuevo caso de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5) en la región. El último caso se notificó en Vietnam, con fecha de inicio el 22 de octubre de 2022 (un caso, ninguna muerte). Este fue el primer caso de influenza aviar A(H5) notificado en Vietnam desde 2014; no se pudo determinar el subtipo de NA.

- **Evaluación de riesgos para la salud pública de la infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5)**

Siempre que los virus de la influenza aviar circulan entre las aves de corral, existe el riesgo de infecciones esporádicas y pequeños grupos de casos humanos debido a la exposición a aves de corral infectadas o ambientes contaminados. Por lo tanto, casos humanos esporádicos son esperables.

El aumento en el número de casos humanos notificados de infección por A(H5N6) puede reflejar la circulación continua del virus en las aves y la mejora del sistema de vigilancia y la capacidad de diagnóstico como resultado directo de la respuesta a la pandemia de covid. La amenaza zoonótica sigue siendo elevada debido a la propagación del virus entre las aves. Sin embargo, se considera que el riesgo pandémico general asociado con el A(H5) no ha

cambiado significativamente en comparación con años anteriores. La OMS recomienda que los Estados miembros permanezcan atentos y consideren medidas de mitigación para reducir la exposición humana a aves potencialmente infectadas para reducir el riesgo de infección zoonótica adicional.

### **Infección humana por el virus de la influenza aviar A(H3N8)**

Entre el 5 y el 11 de abril de 2024, no se notificaron a la OMS nuevos caso de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H3N8) en la región. El último caso se notificó en China y la enfermedad comenzó el 22 de febrero de 2023. Hasta la fecha, se ha notificado a la OMS en el Pacífico Occidental un total de tres casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de la influenza A(H3N8), con una muerte.

### **Infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N4) en China**

Entre el 5 y el 11 de abril de 2024, no se notificaron a la OMS nuevos caso de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N4) en la región. Hasta la fecha, sólo se ha notificado a la OMS un caso confirmado por laboratorio de infección humana por el virus de la influenza A(H7N4). Este caso fue notificado en China el 14 de febrero de 2018.

### **Infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9) en China**

Entre el 5 y el 11 de abril de 2024, no se notificaron a la OMS nuevos casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9) en la región. Hasta la fecha, desde principios de 2013 se ha notificado a la OMS un total de 1.568 infecciones humanas confirmadas por laboratorio por el virus de la influenza aviar A(H7N9), incluidos 616 casos mortales (tasa de letalidad de 39%). El último caso de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9) reportada a la OMS en la región fue en 2019.

De las 1.568 infecciones humanas por influenza aviar A(H7N9), en 33 se han notificado mutaciones en el gen de la hemaglutinina, lo que indica un cambio hacia una alta patogenicidad en las aves de corral. Estos 33 casos procedían de Taiwán, China (un caso tenía antecedentes de viaje a Guangdong), Guangxi, Guangdong, Hunan, Shaanxi, Hebei, Henan, Fujian, Yunnan y Mongolia Interior. No se ha detectado un aumento de la transmisibilidad o virulencia del virus en casos humanos relacionados con el virus de la influenza aviar A(H7N9).

### **Infección humana por el virus de la influenza aviar A(H9N2)**

Entre el 5 y el 11 de abril de 2024, no se notificaron a la OMS nuevos casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H9N2) en la región. Hasta la fecha, desde diciembre de 2015 se ha notificado a la OMS en la región un total de 98 casos de infección humana por influenza aviar A(H9N2), incluidas dos muertes (ambas con enfermedades subyacentes). De éstos, 96 fueron reportados por China y dos por Camboya. El último caso se notificó en la provincia de Guangdong, China, con fecha de inicio el 17 de febrero de 2024.

### **Infección humana por el virus de la influenza aviar A(H10N3)**

Entre el 5 y el 11 de abril de 2024, se notificó a la OMS un nuevo caso de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H10N3) en la región.

Se trata de un hombre de 51 años de la provincia de Yunnan con fecha de inicio el 28 de febrero de 2024. El caso ingresó en un centro de atención médica el 6 de marzo. La prueba de laboratorio confirmó A(H10N3) positivo. El caso es un avicultor y tiene antecedentes de exposición

a aves de corral vivas y muertas. Entre los contactos estrechos no se detectaron más casos de A(H10N3).

Hasta la fecha, se han notificado tres casos de influenza aviar A(H10N3) en todo el mundo. El último caso se notificó en Zhejiang, China, con fecha de inicio el 11 de junio de 2022.

La mayoría de las infecciones humanas reportadas anteriormente por virus de la influenza aviar se debieron a la exposición a aves de corral infectadas o ambientes contaminados. Dado que los virus de la influenza aviar, incluido el virus de la influenza aviar A(H10N3), siguen detectándose en poblaciones de aves de corral, en el futuro podrían detectarse más casos esporádicos en humanos. Actualmente, la información epidemiológica disponible sugiere que el virus de la influenza aviar A(H10N3) no ha adquirido la capacidad de transmitirse sostenidamente de persona a persona, por lo que la probabilidad de propagación entre humanos es baja.

### **Infección humana por el virus de la influenza aviar A(H10N5)**

Entre el 5 y el 11 de abril de 2024, no se notificaron a la OMS nuevos casos de infección humana por influenza aviar A(H10N5) en la región. Hasta la fecha, se ha notificado un caso del virus de la influenza aviar A(H10N5) en la provincia de Anhui, China, con fecha de inicio el 30 de noviembre de 2023.

Se sabe que los virus del subtipo A(H10) de la influenza aviar se distribuyen en especies de aves domésticas y silvestres en todo el mundo. Se clasifican como poco patógenos y ocasionalmente infectan a mamíferos (p. ej., cerdos). La infección humana por el virus de la influenza aviar A(H10N5) es inusual; sin embargo, dada la naturaleza esporádica de la infección humana por H10Nx, este no es un evento inesperado. No hay evidencia de transmisión sostenida de la influenza A(H10Nx) de persona a persona. Es necesario vigilar y evaluar las infecciones humanas por influenza aviar para detectar cualquier indicio de cambios en la transmisibilidad y la virulencia.

### **Infección animal por el virus de la influenza aviar**

Entre el 5 y el 11 de abril de 2024, se notificaron a la Organización Mundial de Sanidad Animal (WOAH) 23 nuevos brotes de influenza aviar de alta patogenicidad en la región.

En Taiwán, China, se notificaron 22 nuevos brotes de influenza aviar A(H5N1) altamente patógena en aves de corral y en las ciudades de Taoyuan, Taichung, Tainan, los condados de Yunlin, Pingtung, Changhua y Nantou. De los 22 nuevos brotes, 70.963 fueron casos, 317.080 fueron susceptibles, 70.952 murieron y 245.928 fueron sacrificados y eliminados. Además, se informó un nuevo brote de influenza aviar A(H5N1) altamente patógena en aves silvestres en la ciudad de Tainan, con un caso y una muerte.

En los lugares de brotes se han adoptado medidas de control como la desinfección y una mayor vigilancia.

---

Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Entre el 11 y el 18 de abril de 2024, se confirmaron en Inglaterra 86 casos nuevos de sarampión confirmados por laboratorio, lo que eleva a 1.109 el número total de casos confirmados desde el 1 de octubre de 2023.

El rápido aumento de casos observado a fines de 2023 fue impulsado inicialmente por un gran brote en Birmingham, pero la actividad allí ahora se ha estabilizado y en semanas más recientes se registra un aumento de casos en Londres y conglomerados más pequeños en otras regiones.

En las cuatro semanas transcurridas desde el 18 de marzo de 2024, se confirmaron por laboratorio 191 casos de sarampión. El 39,8% de los casos se produjo en Londres (76/191), y las West Midlands representaron una cuarta parte de los casos (25,1%; 48/191). Alrededor de 12% de los casos (23/191) se produjeron en East Midlands.

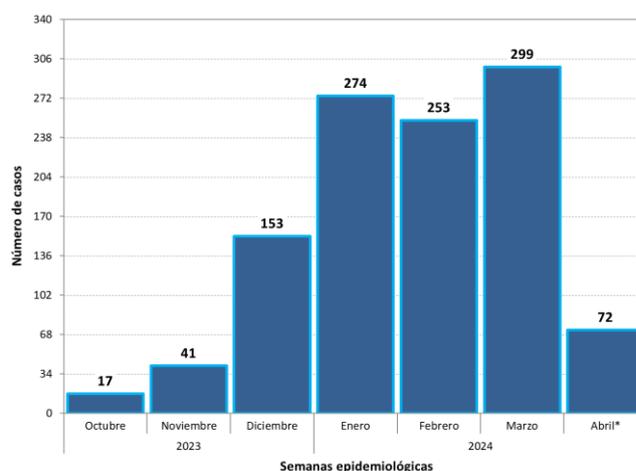
El 48,2% de estos casos (535/1.109) se han registrado en West Midlands, 24,3% (269/1.109) en Londres y 9,5% (105/1.109) en East Midlands. Los casos restantes se notificaron en otras regiones de Inglaterra.

La mayoría de estos casos (63,7%; 706/1.109,) se produjeron en niños de 10 años y menos, y 28,8% (319/1.109) en jóvenes y adultos de 15 años y más.

Los datos publicados en este resumen epidemiológico cubren el período comprendido entre el 1 de octubre de 2023 y el 15 de abril de 2024 y actualmente son provisionales, y es probable que el número de casos de los meses más recientes se ajuste a medida que más casos sospechosos se sometan a pruebas de confirmación y limpieza de datos.

La Dra. Vanessa Saliba, epidemióloga consultora de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA), dijo: “El número de casos de sarampión está aumentando en todo el país, con un aumento particular observado en Londres en las últimas semanas. Sabemos que algunas comunidades de Londres tienen muy bajas tasas de vacunación con triple viral. El sarampión es extremadamente contagioso y basta con que un caso llegue a estas comunidades para que la enfermedad se propague rápidamente, especialmente en las escuelas y guarderías”.

“La vacuna triple viral ofrece la mejor protección contra el sarampión. El sarampión se puede prevenir, pero miles de niños en todo el país aún no están completamente vacunados y corren riesgo de sufrir enfermedades graves o complicaciones de por vida. Ningún padre quiere esto para su hijo”.



Casos mensuales notificados de sarampión. Inglaterra. De octubre de 2023 a abril de 2024. Datos al 18 de abril de 2024. Fuente: Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido.

Al término de un proceso de consultas con organismos de salud pública y expertos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe sobre la consulta técnica mundial en el que se introduce una terminología actualizada para los patógenos transmitidos por el aire. Entre los patógenos abarcados figuran los que provocan infecciones respiratorias, por ejemplo, la covid, la influenza, el sarampión, el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) y la tuberculosis, entre otras.

La publicación *Informe sobre la consulta técnica mundial relativa a la terminología propuesta para los patógenos transmitidos por el aire*, es el resultado de una amplia labor de colaboración plurianual y refleja un acuerdo compartido sobre terminología entre la OMS, los expertos y cuatro importantes organismos de salud pública: los Centros para el

Control y la Prevención de Enfermedades de África; el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de China; el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades; y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. El acuerdo pone de relieve el compromiso colectivo de los organismos de salud pública para avanzar juntos en esta materia.

Este amplio proceso de consultas se llevó a cabo en varias etapas entre 2021 y 2023, y su objetivo era abordar la falta de una terminología común para describir la transmisión de patógenos por el aire en las distintas disciplinas científicas. El problema se hizo especialmente evidente durante la pandemia de covid, durante la cual expertos de diversos sectores tuvieron que proporcionar orientación científica y normativa. La diversidad de terminologías puso de manifiesto algunas diferencias de comprensión y contribuyó a dificultar la comunicación pública y los esfuerzos por frenar la transmisión del patógeno.

El Dr. Jeremy Farrar, Director Científico de la OMS, declaró: “Nos complace haber podido abordar esta cuestión compleja y urgente y llegar a un consenso en colaboración con un amplio abanico de organismos de salud pública y expertos en múltiples disciplinas. La terminología acordada para los patógenos transmitidos por el aire ayudará a abrir un nuevo camino para las agendas de investigación y para la puesta en práctica de intervenciones de salud pública destinadas a la detección y notificación de patógenos existentes y nuevos, así como a la respuesta frente a ellos”.

Como resultado de las amplias consultas celebradas, se introdujeron los siguientes descriptores comunes para caracterizar la transmisión de patógenos por el aire (en circunstancias típicas):



- Las personas infectadas por un patógeno respiratorio pueden generar y expulsar partículas infecciosas que contengan el patógeno a través de la boca o la nariz al respirar, hablar, cantar, escupir, toser o estornudar. Estas partículas deberían describirse con la expresión “partículas respiratorias infecciosas” o PRI.
- Las PRI existen en un espectro continuo de tamaños, y no deberían utilizarse puntos de corte específicos para distinguir las partículas más pequeñas de las más grandes. De este modo se facilita el abandono de la dicotomía propia de los términos utilizados anteriormente: “aerosoles” (partículas generalmente más pequeñas) y “gotículas” (partículas generalmente más grandes).

El descriptor “por el aire” puede utilizarse de forma general para caracterizar una enfermedad infecciosa en la que el principal modo de transmisión consista en que el patógeno se desplace por el aire o quede suspendido en él. Bajo la etiqueta de “transmisión por el aire”, se pueden utilizar dos descriptores:

- **Transmisión aérea o inhalación:** en los casos en que las PRI son expulsadas al aire e inhaladas por otra persona. La transmisión aérea o la inhalación pueden producirse a corta o larga distancia de la persona infecciosa dependiendo de varios factores (flujo de aire, humedad, temperatura, ventilación, etc.). En teoría, las PRI pueden entrar en el organismo en cualquier punto del tracto respiratorio humano, aunque los lugares de entrada preferidos pueden ser específicos para cada patógeno.
- **Depósito directo:** en los casos en que las PRI son expulsadas al aire por una persona infecciosa y luego se depositan directamente en la boca, la nariz o los ojos expuestos de otra persona cercana, entrando entonces en el sistema respiratorio humano y causando potencialmente una infección.

“Este proceso de consulta técnica mundial ha sido un esfuerzo concertado de muchos expertos influyentes y experimentados”, declaró la Dra. Gagandeep Kang, del Christian Medical College de Vellore (India), quien es copresidenta del Grupo de Trabajo Técnico de la OMS. “Reunir a las partes interesadas de una forma sin precedentes y llegar a un consenso sobre estos términos no fue tarea fácil. Completar esta consulta nos da una nueva oportunidad y un punto de partida para avanzar sobre la base de una mejor comprensión y unos principios acordados en relación con las enfermedades que se transmiten por el aire”, añadió el Dr. Yuguo Li, de la Universidad de Hong Kong, en la Región Administrativa Especial de Hong Kong (China), quien también copreside el Grupo de Trabajo Técnico.

Este proceso de consultas constituyó la primera fase de una serie de debates científicos mundiales dirigidos por la OMS. Las fases siguientes incluirán nuevas investigaciones técnicas y multidisciplinarias y la exploración de las implicaciones más amplias de la aplicación de los descriptores actualizados.

Curso virtual

# Infecciones asociadas a dispositivos médicos

Cómo enfocar de manera integral un problema frecuente

**Directores:**

Dr. Esteban Nannini, Dra. Marisa Sánchez



Cuotas SIN INTERÉS

## 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 [reportee-epidemiologicocoba@gmail.com](mailto:reportee-epidemiologicocoba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.