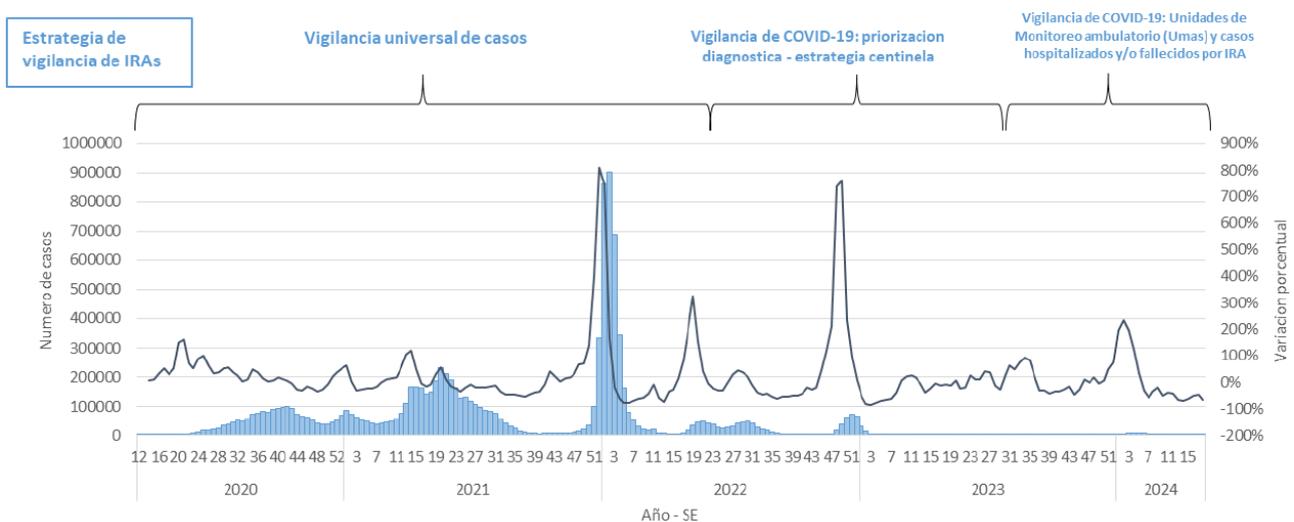




Si bien el número de casos confirmados de covid por semana epidemiológica (SE) durante el año 2023 y en lo que va del año 2024 es menor en comparación con los de años previos, se observó un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre la SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024, con tendencia descendente de las notificaciones a partir de la SE 5 y hasta la SE 18.

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 (-64,36% en la SE 18 respecto de la SE 16).



Casos confirmados y variación porcentual respecto a dos semanas epidemiológicas previas. Argentina. De semana epidemiológica 12 de 2020 a 18 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 9.012 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 18 de 2024.

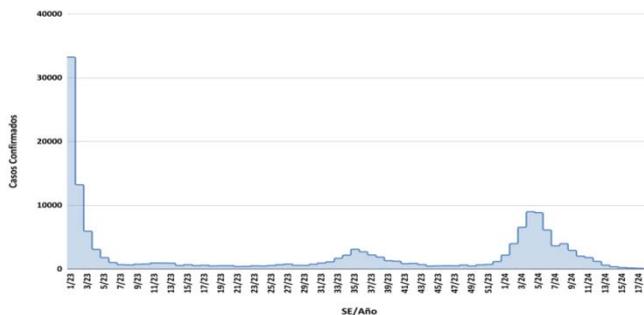
### Vigilancia en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs)

Desde el inicio de 2023, se analizaron 74.467 muestras para SARS-CoV-2 por todas las técnicas: reacción en cadena de la polimerasa (PCR), amplificación isotérmica y test de antígeno. De éstas, 14.467 resultaron positivas. En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso de los casos confirmados notificados en las UMAs, acompañado de un ascenso del porcentaje de positividad, que alcanzó un máximo de 37,24% en la SE 2. Entre las SE 6 y 18 se verificó una tendencia descendente tanto en el número de casos como en la positividad, registrándose en la última SE analizada 10 casos confirmados entre las 210 muestras estudiadas por todas las técnicas, con un porcentaje de positividad de 4,76%.

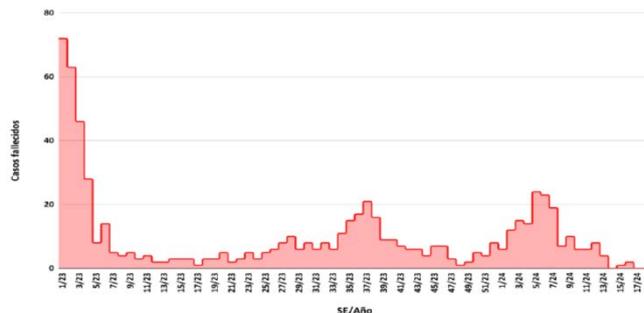
Desde la SE 1 de 2023 se estudiaron para SARS-CoV-2 24.526 muestras mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), de las que 3.035 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 12,37%. Este indicador presentó una tendencia descendente en las primeras seis SE del año 2023, oscilando posteriormente en valores bajos. Entre la SE 28 y la SE 35 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, sin notificaciones de casos positivos entre las 97 muestras analizadas mediante PCR correspondientes a la SE 18 de 2024.

### Vigilancia en personas internadas

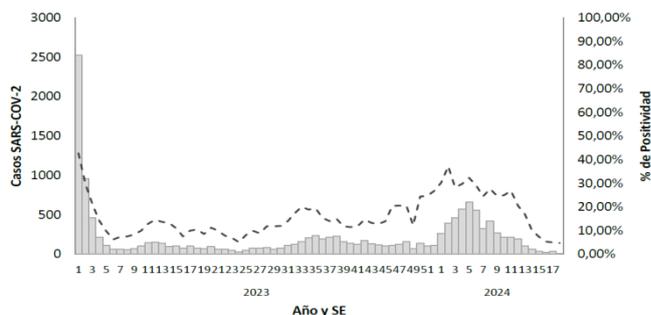
Desde la SE 1 de 2023, en términos acumulados, se estudiaron 131.734 muestras para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 11.158 fueron positivas (porcentaje de positividad de 8,47%). Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una ten-



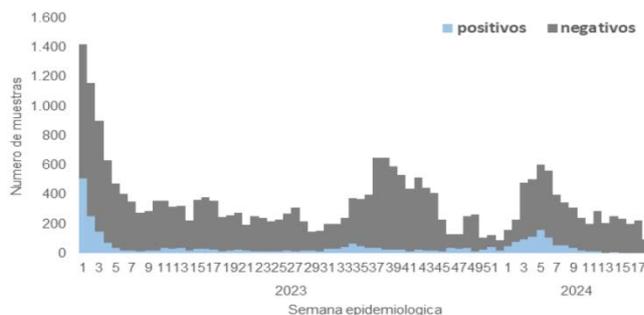
Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 18 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 18 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 18 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 18 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

dencia 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 18 de 2024 se notificaron 10 casos de SARS-CoV-2 entre las 518 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad de 1,93%.

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

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 4 y el 31 de marzo de 2024, fueron compartidas 8.396 secuencias del SARS-CoV-2 a través del GISAID. Como comparación, en los dos períodos anteriores de 28 días, se compartieron 33.925 y 62.364 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. Además, el 3 de mayo de 2024 fueron designadas cuatro variantes bajo monitoreo (VUM): JN.1.7, KP.2, KP.3 y JN.1.18.

En la actualidad, a nivel mundial, JN.1 es la VOI circulante dominante (notificada por 121 países), representando 95,1% de las secuencias en la SE 13 de 2024, en comparación con el 93,0% registrado en la SE 10. Su linaje parental, BA.2.86, se encuentra en descenso y representó 1,6% de las secuencias en las SE 13 y 10 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.

A nivel regional, durante las SE 10 a 13 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.1.5\*, EG.5 y BA.2.86\*, con algunas detecciones de XBB.1.16\*.

Entre las SE 1 y 8 de 2024, se notificaron al SNVS<sup>2.0</sup> 500 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en 365 casos (73,0%), seguida de

XBB.1.5\* en 58 casos (11,6%), EG.5 en 22 casos (4,4%), BA.2.86\* en 21 casos (4,2%) y XBB.1.16\* en 3 casos (0,6%). (\*Indica la inclusión de linajes descendientes).

En relación a las VOI designadas recientemente por la OMS, al 8 de mayo de 2024 se detectó en Argentina un total de 437 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.

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.



*BOLIVIA*

UN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS CON FIEBRE  
AMARILLA MURIÓ EN CARANAVI

*19/05/2024*

Un adolescente de 14 años murió por fiebre amarilla en el municipio paceño de Caranavi, y se presume que este menor de edad no estaba inmunizado contra la enfermedad, según la dirección del Hospital Municipal de Caranavi.

“Se trata de un paciente de sexo masculino que llegó muy mal a nuestro Servicio de Emergencia y luego de unas horas falleció. Se confirmó como caso positivo de fiebre amarilla”, informó el director del hospital yungueño, Henry Isaac Valdez Mamani.

El reporte médico señala que el adolescente llegó con la sintomatología al área de emergencia del hospital de Caranavi, y tras unos estudios médicos falleció. Los galenos determinaron que tuvo fiebre amarilla.

“Esto se debe a que lamentablemente hay población que no recibe la vacuna. Este adolescente aparentemente no tendría la vacuna”, dijo

El médico recomendó a los padres de familia que habitan en la parte tropical de La Paz, llevar a sus hijos a los centros de salud para vacunarlos contra la fiebre amarilla.

---

Luego de tres años de silencio epidemiológico, el departamento de La Paz reportó un caso de fiebre amarilla. Se trató de un joven de 21 años que por cuestión de trabajo se dirigió al norte paceño, internándose monte adentro, donde fue picado por el mosquito transmisor. El mismo llegó a la ciudad de El Alto, internándose en el Hospital de Santiago II de la Caja Nacional de Salud el 23 de abril de 2024, falleciendo dos días después. No presentaba enfermedades de base.

La meningitis es un proceso inflamatorio de las meninges, que puede ser causada por diversos agentes infecciosos, como bacterias, virus, parásitos y hongos, o también por procesos no infecciosos.

Las meningitis bacterianas y virales son las más importantes desde el punto de vista de la salud pública, por su magnitud, capacidad de provocar brotes, y en el caso de la meningitis bacteriana, la gravedad de los casos, se considera una enfermedad endémica. Se esperan casos de la enfermedad durante todo el año.

La meningitis es una enfermedad de notificación obligatoria en todo el territorio brasileño.

En Paraíba, hasta la semana epidemiológica 19 de 2024, se notificaron 51 casos sospechosos de meningitis, de las cuales 17 fueron confirmados, 15 descartados y 19 están bajo investigación. En el mismo periodo de 2023 hubo 51 casos sospechosos, siendo 29 confirmados, 21 descartados y uno bajo investigación. Se observó una reducción de 41% en los casos confirmados; sin embargo es importante recordar que aún hay casos que permanecen bajo investigación.

Los 17 casos confirmados en 2024, residentes en Paraíba, se registraron en las localidades de João Pessoa (5 casos), Sapé (2), Alagoa Grande (1), Alhandra (1), Cabaceiras (1), Campina Grande (1), Esperança (1), Guarabira (1), Igaracy (1), Mogeiro (1), Santa Rita (1) y Soledade (1). Predominó el sexo femenino con nueve casos (52,94%), y 15 casos (88,24%) se registraron en mayores de 18 años.

La clasificación de los casos según agentes etiológicos es la siguiente: meningitis no especificada, nueve casos (52,94%); meningitis por otras bacterias, siete casos (41,18%); y meningitis aséptica, un caso (5,88%).

De los 17 casos confirmados, sólo en uno existe constancia de haber recibido la quimioprofilaxis; del resto, no se cuenta con la información.

Se confirmaron dos muertes por meningitis en 2024:

Una mujer de 49 años de edad, con domicilio en Alhandra, que presentó fiebre, vómitos, cefalea, petequias, otalgias y dolores en todo el cuerpo. Se clasificó como meningitis no especificada según criterios quimiocitológicos del líquido cefalorraquídeo.

Una mujer de 28 años, residente en Cabaceiras, que presentó dolor de cabeza, fiebre, rigidez de nuca, somnolencia y desorientación. Se clasificó como meningitis no especificada según criterios quimiocitológicos del líquido cefalorraquídeo. Se realizó punción lumbar, encontrándose el líquido cefalorraquídeo turbio.

Cuatro muertes continúan bajo investigación: dos en João Pessoa (de 4 años y 52 años), una en Jacaraú (3 meses) y una en Cruz do Espírito Santo (53 años).

La investigación sobre muchas muertes aún no ha concluido.

En 2023, en el mismo período, se registraron ocho muertes, cinco de las cuales eran niños de menos de un año de edad.

En 2024, hasta el 15 de mayo, se notificaron en Ontario 22 casos confirmados de sarampión. Todos correspondieron a individuos nacidos después de 1970; 13 casos eran niños y nueve adultos. Doce de los niños no estaban vacunados y se desconocía el estado de vacunación de uno. Cuatro de los adultos habían sido inmunizados previamente con al menos dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso, dos adultos no estaban inmunizados y se desconocía el estado de vacunación de tres adultos.

Los casos ocurrieron en nueve unidades de salud pública diferentes: ciudad de Hamilton (6 casos; 27,3%), Toronto (6 casos; (27,3%), región de Halton (3 casos; 13,6%), Peel (2 casos; 9,1%), condado de Brant (1 caso; 4,5%), región de Durham (1 caso; 4,5%), Middlesex-London (1 caso; 4,5%), condado de Windsor-Essex (1 caso; 4,5%) y región de York (1 caso; 4,5%).

Quince casos estuvieron asociados con viajes (es decir, contrajeron sarampión fuera de Canadá), dos de los cuales resultaron en cinco casos secundarios (es decir, relacionados epidemiológicamente) en dos conglomerados distintos de contactos cercanos. Dos casos ocurrieron en personas con fuentes de exposición desconocidas (es decir, sin antecedentes de viaje y sin vínculo epidemiológico con un caso confirmado).

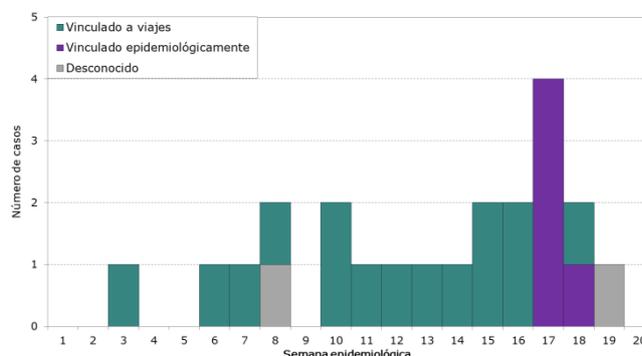
Cinco casos requirieron hospitalización, todos niños que no estaban vacunados; de ellos, falleció un niño menor de cinco años.

En 2024 hasta el 11 de mayo, 967 personas fueron sometidas a pruebas de infección aguda por sarampión mediante PCR molecular y 2,2% dieron positivo.

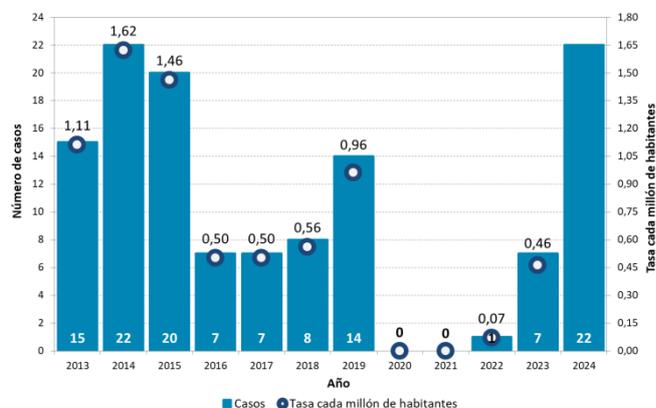
## Antecedentes

Entre 2013 y 2023, se notificaron 101 casos confirmados de sarampión en Ontario.

Antes de la pandemia de covid (2013-2019), el número anual de casos de sarampión en Ontario oscilaba entre siete y 22; en comparación, se notificó un caso durante la pandemia (2020-2022), mientras que en 2023 se notificaron siete casos.



Casos de sarampión, según fuente de infección. Ontario. Año 2024, hasta el 15 de mayo. Fuente: Salud Pública de Ontario.



Número de casos y tasa de incidencia cada millón de habitantes. Ontario. Del 1 de enero de 2013 al 15 de mayo de 2024. Fuente: Salud Pública de Ontario.

Se observaron tendencias similares en Canadá en general, donde el número de casos de sarampión disminuyó drásticamente durante la pandemia de covid.

De los 101 casos, 94 involucraron a individuos nacidos después de 1970 (93,1%).

La mayoría de los casos no estaban vacunados: 62,4% no recibió ninguna dosis, y 24,8% tenía un estado de vacunación desconocido.

*Plasmodium vivax*, la especie del género *Plasmodium* con mayor distribución geográfica, causa malaria en humanos y se transmite a través de la picadura de mosquitos *Anopheles* infecciosos. *P. vivax* es la segunda causa más frecuente de malaria a nivel mundial y constituye una gran parte de los casos anuales de malaria en el Hemisferio Occidental; en 2022 se notificaron aproximadamente 397.000 casos de malaria por *P. vivax* en las Américas. Por el contrario, la malaria por *P. vivax* se encuentra con relativa poca frecuencia en la mayoría de las instituciones de Estados Unidos porque la mayoría de los casos están asociados con viajes. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informaron que 72% de todos los casos de malaria por *P. vivax* en Estados Unidos en 2018 fueron importados de países endémicos de malaria. Un factor epidemiológico central de *P. vivax* es su capacidad para establecer una etapa hepática latente que luego puede reactivarse y provocar parasitemia episódica. Esta etapa latente plantea un riesgo potencial de transmisión a otro ser humano a través de un mosquito vector si no se administra el tratamiento adecuado.

Desde principios de 2023, el Centro Médico General de Los Ángeles, California, observó un aumento preocupante en los casos de *P. vivax*, específicamente entre inmigrantes de China que ingresan a Estados Unidos a través de la frontera sur del país. Se diagnosticaron 10 casos de malaria por *P. vivax*, nueve de los cuales ocurrieron entre inmigrantes de China que llegaron a Estados Unidos por tierra a través de América del Sur y Central. Por el contrario, la institución solo registró dos casos de *P. vivax* durante 2016-2022, un paciente en 2017 y otro en 2018, ninguno de los cuales era de ascendencia asiática. Además, se detectó un caso de malaria no-*P. vivax* durante ese período.

Se desconoce si algunos de los nueve inmigrantes de China viajaron juntos porque procuraron atención individualmente en la institución. Todos cumplieron los criterios de malaria no complicada y fueron tratados con hidroxicloroquina, cloroquina o atovacuona/proguanil, seguido de un tratamiento antirrecada con primaquina. Tras una mayor correspondencia con directores de laboratorios de microbiología cercanos, también se han observado hallazgos similares de aumentos dramáticos en los casos de *P. vivax* desde 2023 en al menos un hospital local que atiende a pobladores del Valle de San Gabriel, California, con una población mayoritaria asiático-estadounidense. Todos los casos se adquirieron mediante viajes y no se detectó evidencia de transmisión local.

La Patrulla Fronteriza de Estados Unidos informó un aumento de 1.000% en el número de inmigrantes de China que llegaron a la frontera sur durante 2023 en comparación con años anteriores. Los inmigrantes siguen principalmente una ruta muy transitada que comienza en Ecuador, un país que no requiere visas para los ciudadanos de China. Desde allí, atraviesan el terreno selvático del Darién de Panamá, avanzando hacia Centroamérica y México antes de llegar a la frontera sur de Estados Unidos.

Los hospitales que atienden a inmigrantes recién llegados deben ser conscientes de esta nueva ruta de emigración desde China a través de América del Sur y Central y el riesgo asociado de contraer malaria por *P. vivax*. Todos los pacientes deben ser examinados para detectar malaria cuando tengan síntomas compatibles, y siempre se debe obtener un historial de viaje

detallado. Un aspecto vital a considerar con el historial de viajes es que los pacientes con infección previa por *P. vivax* pueden recaer semanas, meses o años después del diagnóstico inicial porque los parásitos pueden permanecer latentes en el hígado como hipnozoitos. Las personas a las que se les diagnostica malaria deben ser evaluadas para detectar síntomas graves, como alteración de la conciencia, anemia grave, lesión renal aguda, dificultad respiratoria aguda o shock.

Es de destacar que la Organización Mundial de la Salud declaró a China libre de malaria en 2021, y no se han reportado casos autóctonos de malaria desde 2016, lo que sugiere que viajar desde China no es un factor de riesgo epidemiológico en sí mismo. Si es posible, las personas que viajen por la ruta de América del Sur y Central deberían considerar la posibilidad de tomar profilaxis contra la malaria.

En conclusión, los laboratorios de microbiología clínica, particularmente los de los estados fronterizos, deberían considerar implementar pruebas rápidas de antígenos para la malaria a fin de mejorar el tiempo de respuesta para la detección de casos, pero deben ser conscientes de la posibilidad de resultados falsos negativos en pacientes con niveles bajos de parasitemia. Los médicos también deben ser conscientes de la posibilidad de un aumento de los casos de malaria por *P. vivax* entre los inmigrantes de China que llegan a través de la frontera sur de Estados Unidos.

---

Este informe enfatiza el riesgo de malaria por *Plasmodium vivax* en inmigrantes chinos que vienen de Ecuador a través de la infame zona del Tapón del Darién, en Panamá. Quizás se hagan observaciones similares en inmigrantes de Venezuela y otros países de habla hispana, pero esta población puede tener cierto grado de inmunidad natural por infecciones previas con el parásito. Dado que el calentamiento global facilita que la zona templada habitada por el mosquito *Anopheles* mantenga el ciclo sexual del *Plasmodium*, pueden ocurrir casos autóctonos.

Una reciente [investigación](#) que realizó la secuenciación del viroma completo de muestras de aguas residuales de 10 ciudades de Texas encontró el virus de la influenza aviar A(H5N1) en nueve de ellas, a veces en niveles que rivalizaban con los de la influenza estacional.

Con muchas preguntas aún sin respuesta sobre cómo se está propagando el virus en las vacas lecheras y qué tan ampliamente está circulando, los científicos [consideran](#)

[cada vez más el muestreo de aguas residuales](#) como una herramienta clave de vigilancia.

El grupo de investigadores reportó el virus de la influenza aviar A(H5N1) en aguas residuales entre el 4 de marzo y el 25 de abril. Informaron que 19 de 23 sitios de aguas residuales monitoreados tuvieron al menos un evento de detección y que, con el tiempo, el virus A(H5N1) se convirtió en el serotipo dominante. No nombraron las 10 ciudades que monitorearon y los hallazgos aún no han sido revisados por pares.

Aún no está claro de dónde provienen los virus, pero la evidencia se inclina hacia una fuente animal, porque los investigadores no detectaron mutaciones con vínculos conocidos con la adaptación humana.

Añadió que la red de Texas parece ser la única que utiliza la tecnología de secuenciación de aguas residuales, pero que el virus A(H5N1) probablemente esté presente en las de otras áreas. Si el virus se convierte en un problema mayor, la secuenciación de las aguas residuales puede ser la mejor manera de identificar nuevas mutaciones adaptativas.

---

Los análisis de aguas residuales mencionadas en este informe se realizaron en ciudades, no en las granjas lecheras afectadas por el virus A(H5N1). Por lo tanto, es un reflejo de las aguas residuales de los seres humanos que beben leche y/o aguas residuales de lecherías, plantas lácteas, mataderos de aves/carne/pollos, etc. Muy pocas lecherías u operaciones avícolas (si es que hay alguna) están conectadas a sistemas de aguas residuales municipales, de ahí las grandes lagunas que se encuentran en la mayoría de las lecherías.

Si bien analizar las aguas residuales puede ser importante para comprender algún nivel de vertido, la fuente de las muestras es importante, al igual que el contexto en términos de dónde provienen las aguas residuales y cómo entraría el virus de la influenza en esa corriente de aguas residuales. La fuente de agua para las granjas también es importante ya que en algunas zonas el agua superficial se utiliza para proporcionar agua potable. Estas fuentes podrían haber estado contaminadas con virus vivos de influenza de aves acuáticas. Esto también es relevante para las ciudades que utilizan aguas superficiales, ya que, aunque la cloración debería matar el virus, podría afectar los resultados posteriores de las pruebas de aguas residuales, que es donde la secuenciación es útil en términos de demostrar qué mutaciones están presentes e indican la(s) fuente(s) probable(s) del virus.

Es importante comprender la fuente de las aguas residuales (ciudad o granja), la fuente probable de resultados positivos (vacas, aves acuáticas/pájaros infectados y/o personas infectadas), y si es producto de otra actividad relacionada (aguas residuales de mataderos o lecherías). Es necesario seguir los grandes picos positivos en las aguas residuales humanas hasta la fuente para verificar que un evento de desbordamiento importante no haya pasado desapercibido en la población humana, como se observó varias veces con la covid, donde los resultados de las aguas residuales a menudo fueron centinelas de la circulación viral antes de los brotes clínicos.





ARABIA SAUDÍ

CASOS DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA  
EN VIAJEROS QUE REGRESAN DEL PAÍS

17/05/2024

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) está monitoreando los informes de tres países –Francia, Reino Unido y Estados Unidos– sobre casos de enfermedad meningocócica invasiva asociados con viajes a Arabia Saudí.

Hasta el 17 de mayo de 2024, se han notificado 12 casos: cuatro en Francia, tres en el Reino Unido y cinco en Estados Unidos. Casi todos los casos informaron haber realizado la peregrinación de la Umrah mientras se encontraban en Arabia Saudí. La mayoría de los casos pertenecen al serogrupo W de meningococo y no tienen antecedentes de vacunación contra *Neisseria meningitidis*.

Las secuencias completas del genoma depositadas en pubmlst.org se dividen en un grupo de varios países, con secuencias de 2024 reportadas por Francia (3), el Reino Unido (4) y Estados Unidos (1), junto con aislamientos históricos reportados por Alemania (una secuencia, 2015) y Rusia (dos secuencias, 2019 y 2020). De ellos, una secuencia de Francia, cuatro del Reino Unido y una de Estados Unidos, todas de muestras recolectadas en 2024, forman un subgrupo muy estrecho, lo que indica un vínculo epidemiológico.

La enfermedad meningocócica invasiva es una infección bacteriana aguda grave, con alta letalidad, que se presenta con meningitis y/o sepsis, muchas veces con una progresión rápida, que requiere apoyo médico y tratamiento oportuno con antibióticos. La mayor incidencia se produce en niños pequeños, adolescentes y adultos jóvenes.

Según los datos de vigilancia rutinaria presentados al ECDC, en 2022 se notificaron 1.149 casos de enfermedad meningocócica invasiva en los países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE). Entre los casos con información de serotipo disponible, el serogrupo B fue el más frecuente (62%), mientras que el serogrupo W representó 10% de los casos. En total, entre 2018 y 2022 se registraron 1.096 casos de infección por el serogrupo W. El meningococo serogrupo W se ha asociado con una mayor gravedad de la enfermedad y letalidad.

El ECDC evalúa el riesgo de enfermedad meningocócica invasiva para el público general de la UE como muy bajo debido a la muy pequeña probabilidad de exposición y posible infección. Para los peregrinos que visitan las zonas de Hajj y Umrah en Arabia Saudí y que están vacunados con la vacuna meningocócica tetravalente, la probabilidad de infección es baja, ya que están protegidos gracias a la inmunidad inducida por la vacuna. Para los peregrinos no vacunados que visitan estos lugares, la probabilidad de infección es moderada.

En relación con este incidente, el ECDC recomienda las siguientes medidas a las autoridades de salud pública de la UE/EEE:

- Asegurarse de recomendar a los viajeros a las zonas del Hajj y la Umrah en Arabia Saudí elegibles para la vacunación que reciban la vacuna meningocócica tetravalente (ACWY) al menos 10 días antes de la salida.
- Crear conciencia entre los médicos sobre la sospecha temprana de meningitis en los viajeros que regresan e incluir el historial de viajes en su evaluación de los casos de EMI, particularmente cuando se ha viajado a Arabia Saudí por motivos religiosos.
- Gestionar adecuadamente los casos recién detectados. La sospecha y el tratamiento tempranos, el aislamiento de los casos de meningitis, la identificación de contactos cercanos, la provisión de quimioprofilaxis y el seguimiento de los contactos cercanos para detectar síntomas clínicos durante al menos 10 días desde la última exposición posible son esenciales para el manejo de los casos. Los trabajadores de la salud que manejan casos sospechosos o confirmados deben seguir sus protocolos nacionales de prevención y control de infecciones.
- Continuar la vigilancia, incluida la vigilancia molecular, así como las pruebas de susceptibilidad a los antibióticos de todos los casos de enfermedad meningocócica invasiva, para informar las medidas de prevención y control. Los casos, particularmente si están relacionados con viajes a las zonas de Hajj y Umrah, deben informarse rápidamente a la plataforma EpiPulse para permitir una mejor evaluación de riesgos y la provisión de recomendaciones actualizadas.
- Los aislados de meningococos deben genotiparse mediante secuenciación del genoma completo e informarse a [pubmlst.org](http://pubmlst.org) o a la base de datos europea de epidemiología meningocócica en tiempo real (EMERT-II) para permitir la rápida identificación y control de grupos multinacionales. El ECDC puede proporcionar soporte de secuenciación previa solicitud.

Se informó un caso de meningoencefalitis amebiana en una niña de cinco años de Munniyur, en el distrito de Malappuram, estado de Kerala. La paciente se encuentra actualmente bajo tratamiento médico en el Hospital de la Facultad de Medicina del Gobierno de Kozhikode.

Según las fuentes, esta rara infección cerebral es causada por *Naegleria fowleri*, llamada vulgarmente “ameba comecerebros”. La niña se había bañado junto con sus familiares en el río Kadalundi, cerca de su casa, el 1 de mayo. La llevaron al pediatra el 10 de mayo por dolor de cabeza y vómitos. El 12 de mayo, la niña volvió a quejarse de vómitos y náuseas y fue trasladada a un hospital privado de Chelari. Desde allí, la trasladaron al Hospital de la Facultad de Medicina. El resto de las personas que se bañaron en el río junto con ella se encuentran bajo observación médica. Todas pertenecen al grupo de edad de 5 a 12 años.

Esta ameba vive en agua dulce y cálida, como lagos y ríos. Infecta a las personas cuando ingresa al cuerpo por la nariz. La ameba viaja hasta el cerebro, donde destruye los tejidos cerebrales y provoca encefalitis. En los últimos tiempos se han informado casos de infección en Malappuram y Alappuzha.

Un comunicado de la oficina de la ministra de Salud, Veena George, decía el 15 de mayo que se proporcionaría a la niña el mejor tratamiento posible. No existen medicamentos eficaces para tratar la infección. Sin embargo, ahora se está utilizando una combinación de medicamentos que se consideran eficaces contra la ameba. También se están haciendo esfuerzos para adquirir medicamentos eficaces en el extranjero. Se están tomando medidas de contención en Munniyur y sus alrededores. A quienes presenten síntomas como fiebre después de bañarse en el río se les ha pedido que busquen tratamiento médico, añade el comunicado.

El 9 de mayo de 2024, se registró un brote de carbunco en la provincia de Jalal-Abad, en el sudoeste de Kirguistán, según anunció el médico jefe del Centro Estatal de Vigilancia Sanitaria y Epidemiológica de Bishkek, Kuban Kundashev.

Durante la investigación se descubrió que uno de los vecinos del pueblo sacrificó una vaca sin un examen veterinario y distribuyó la carne a sus vecinos. El 27 de abril, varias personas desarrollaron síntomas de carbunco después de consumir esta carne. Actualmente uno de los pacientes está siendo tratado en un hospital de Bishkek.

“Todas aquellas personas que recibieron la carne irregular serán controlados”, informaron los médicos sanitarios.

El último caso de carbunco en Bishkek se registró en 2012; desde entonces la situación ha sido favorable.

---

El control y la prevención del carbunco no consisten solo en la inspección de los animales al momento del sacrificio, sino que requiere una vacunación sostenida y sistemática de las poblaciones de animales en riesgo durante años después de los últimos casos conocidos. La vacunación del ganado es la mejor manera de prevenir el contagio a los humanos.



En abril de 2024 se registraron dos casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Macedonia del Norte, según informó el Instituto de Salud Pública (IJZ).

En ambos casos se trata de residentes de zonas rurales que tuvieron contacto con animales domésticos con garrapatas, pero, según el IJZ, sólo en un caso se detectó la picadura de una garrapata.

“El primer caso es del pueblo de Gradec, municipio de Kriva Palanka. Los síntomas comenzaron el 22 de abril, en forma de fatiga, vómitos, diarrea y hemorragias nasales. Después de cuatro días, la persona fue hospitalizada en la Clínica de Enfermedades Infecciosas. El segundo caso es del pueblo de Arachinovo, municipio de Skopje. Los síntomas comenzaron el 24 de abril, con fiebre elevada, fatiga, dolores musculares, vómitos, diarrea, y a los seis días fue hospitalizado”, según informó el IJZ.

Se encuentra en curso el seguimiento de los contactos de ambos casos.

“Ambos casos han sido confirmados en el Laboratorio de Virología del IJZ con anticuerpos IGM detectados mediante ELISA y ARN mediante RT-PCR”, establece el informe.

---

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo todavía se transmite activamente en Macedonia del Norte. Un informe de 2023 afirma que la primera epidemia descrita de esta enfermedad en el país ocurrió en 1971, cuando 13 personas enfermaron y dos murieron en una familia en la aldea de Chiflik, en Tetovo. En 2023 se informaron nuevamente casos humanos. El presente artículo menciona que los pacientes viven en áreas rurales, pero no menciona si el virus se detectó en animales domésticos o en garrapatas. Tampoco se mencionan las garrapatas vectores del virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo presentes en Macedonia del Norte, pero probablemente se trate de *Ixodes ricinus*, presente en Europa del Este.

La destrucción de infraestructuras críticas de agua y saneamiento por parte de las fuerzas de ocupación, junto con el grave hacinamiento, la desnutrición y el calor, están llevando a Gaza al borde de un brote epidémico mortal, advirtió el Comité Oxford para la Lucha contra el Hambre (OXFAM) el 13 de mayo.

La situación se ve agravada aún más por la invasión de Rafah por parte de las fuerzas de ocupación, lo que ha obligado a más de 350.000 personas a huir a refugios y campos ya superpoblados, y los alimentos y el combustible se están agotando con el cierre de los cruces fronterizos.

La agencia de ayuda internacional dijo que al menos cinco de sus proyectos de agua y saneamiento que salvan vidas en la Franja de Gaza habían sido gravemente dañados o destruidos en los ataques ocurridos desde el 7 de octubre.

El personal de OXFAM en Gaza ha descrito montones de excrementos humanos y ríos de aguas residuales en las calles, entre los que la gente tiene que saltar. También informaron que la gente debía beber agua sucia y que los niños eran picados por insectos que pululaban alrededor de las aguas residuales.

Las condiciones son propicias para el estallido de epidemias, incluidas la hepatitis A y el cólera, que prosperan en lugares superpoblados y que carecen de servicios sanitarios adecuados. El aumento de las temperaturas también aumenta los riesgos para la salud.

La directora de OXFAM para Oriente Medio, Sally Abi Khalil, afirmó: “La situación es desesperante, con tanta gente en Gaza viviendo con miedo y viéndose obligada a soportar condiciones inhumanas e insalubres causadas por los continuos bombardeos. Un colega me dijo que había tantos desechos humanos en las calles que literalmente olía a enfermedad”.

“El ataque militar a Rafah podría ser devastador, no sólo por el riesgo de víctimas civiles en masa, sino también por las repercusiones de que un gran número de personas se vea obligada a desplazarse. Con la infraestructura ya más allá del punto de ruptura, poca o ninguna atención médica disponible y una desnutrición generalizada, esto podría convertirse rápidamente en una gran epidemia”.

Uno de los socios de OXFAM en Gaza, Juzoor para la Salud y el Desarrollo Social, que opera en más de 50 refugios y numerosos puntos de salud en todo el norte de Gaza y atiende a cientos de miles de personas, dijo que ha visto un aumento preocupante en los brotes de enfermedades.

Celine Maayeh, Oficial de Defensa e Investigación de Juzoor, dijo: “Desafortunadamente, todos nuestros refugios carecen de sistemas adecuados de saneamiento y alcantarillado, y hace apenas unos días comenzamos a escuchar informes de áreas en Gaza que están infestadas de insectos y moscas. Nuestros equipos de salud llevan meses atendiendo infecciones de la piel y casos de diarrea acuosa; y recientemente hemos detectado miles de casos de hepatitis A y otras enfermedades gastrointestinales y respiratorias. Si bien hemos logrado tratarlos, el aumento de las temperaturas y la acumulación de desechos y aguas residuales están creando la

receta perfecta para una catástrofe sanitaria que nuestros equipos de salud por sí solos no pueden abordar”.

El análisis del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de imágenes satelitales encontró que en Gaza el 87% de las instalaciones críticas de agua y saneamiento han sido destruidas o gravemente dañadas. En toda Gaza, al menos cinco de los proyectos de OXFAM (tres pozos, una planta desalinizadora y una estación de bombeo de aguas residuales) han sido destruidos o gravemente dañados y abastecían a más de 180.700 personas al día. También se cree que otros siete proyectos de agua o saneamiento de OXFAM han sufrido algún grado de daño.

Los ataques aéreos también destruyeron el almacén de uno de los proveedores locales de OXFAM, con la pérdida de bloques de letrinas por un valor estimado de 60.000 dólares (instalaciones de baños y duchas especialmente construidas, que debían ayudar a mejorar las condiciones sanitarias de miles de personas).

La Empresa de Agua de los Municipios Costeros (CMWU), responsable del agua y el saneamiento en Gaza y con la que trabaja OXFAM, estimó que los daños a la infraestructura de agua y saneamiento de Gaza ascienden a al menos 210 millones de dólares. Esto se basa en evaluaciones en las que su personal técnico pudo realizar estudios de campo y no incluye daños en áreas a las que no se puede llegar debido a los combates en curso o las restricciones militares. La estimación tampoco tiene en cuenta todos los “daños invisibles” que probablemente hayan sido causados por el uso de tanques, bombas y cohetes por parte del ejército de ocupación.

Monther Shoblaq, director ejecutivo de CMWU, dijo: “Todos los sistemas de suministro de agua y gestión de aguas residuales están al borde del colapso total porque el daño es muy extenso. No hay energía para operar los pozos de agua, las plantas desalinizadoras y el resto de las plantas de tratamiento de aguas residuales y las aguas residuales se están desbordando. Estamos haciendo todo lo que podemos, pero la situación es desesperante”.

A pesar de las condiciones extremadamente hostiles, OXFAM y sus socios locales han podido llevar a cabo reparaciones rápidas en tuberías de agua y aguas residuales muy dañadas en las gobernaciones de Rafah, Khan Younis y Deir Al-Balah, proporcionando agua potable y saneamiento a 50.000 personas. Antes de la invasión de Rafah, se instalaron casi 200 metros de nuevas tuberías y cinco unidades de desalinización para proporcionar agua potable. Después de largos y repetidos intentos, finalmente se permitió la entrada a Gaza a tres unidades más. Se ha transportado agua vital a las personas que se encuentran en refugios improvisados en Rafah y Khan Younis. Hasta la fecha, el trabajo de OXFAM en materia de agua y saneamiento ha ayudado a más de 133.000 personas y se necesita más financiación para intensificar las operaciones y llegar a más personas en el Norte.

Sally Abi Khalil dijo: “El ejército de ocupación ha seguido destruyendo todos los aspectos de la vida en Gaza mediante ataques militares y asedios, arruinando la poca infraestructura civil que queda e impidiendo que entre ayuda humanitaria. Necesitamos un alto el fuego inmediato y permanente para poner fin la muerte y la destrucción, permitir que llegue más ayuda a Gaza y garantizar la liberación de los rehenes y prisioneros detenidos ilegalmente”.

Se ha instado a los padres a vacunar a sus hijos contra el sarampión tras un aumento de casos. Esto se produce tras confirmarse 74 casos en Londres en el último período mensual, la mayoría en Inglaterra, según la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA).

Los padres de Margot House, una niña de seis meses de edad, han pedido a otros que vacunen a sus hijos. Margot es una entre los niños de la capital que contrajeron recientemente la enfermedad.

Como Margot tiene menos de 12 meses, no era elegible para recibir la vacuna triple viral, contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola.

El Sistema Nacional de Salud (NHS) afirma que la vacuna no se administra antes de esta edad ya que “los anticuerpos maternos residuales pueden reducir la tasa de respuesta a la vacuna”. A veces se administra a bebés de 6 a 12 meses, pero sólo cuando existe un mayor riesgo de contraer la enfermedad.

Margot acabó en el hospital necesitando ayuda para respirar y comer. Su padre dijo que fue una experiencia “terrible” porque la pequeña estaba “muy incómoda, retorciéndose todo el tiempo. No dormía; nunca había dormido bien, pero este era un nivel completamente nuevo, no dormir en absoluto”, dijo.

Se espera que Margot se recupere por completo, pero sus padres han instado a cualquiera que esté atrasado en sus vacunas a que se vacunen. House también pidió a la gente que considerara el impacto de no vacunarse en las personas más vulnerables, como los bebés, diciendo: “Si no estás vacunado, por favor vacúnate porque aquellos que quieren vacunarse y no pueden son los que corren mayor riesgo ahora mismo.”

El NHS dijo que el sarampión es una enfermedad altamente contagiosa y puede causar complicaciones graves en algunas personas. En casos raros también puede ser mortal.

Desde octubre de 2023, más de una cuarta parte de todos los casos de sarampión (29%) en Inglaterra se han registrado en la capital.

La Dra. Elizabeth Whittaker, consultora en enfermedades infecciosas pediátricas del Hospital St Mary's en Paddington, al norte de Londres, dijo que el hospital estaba “realmente preocupado” por el creciente número de casos que llegaban al departamento de emergencias.

“El sarampión tiene una alta tasa de complicaciones en los niños y esas complicaciones tienen una alta tasa de mortalidad”, afirmó.

“En el último brote, tuvimos un par de muertes y la preocupación es que cuantos más casos tengamos, más probable será que tengamos una tragedia entre las manos”.

El médico de cabecera de South Kensington, el Dr. Andrew Steeden, dijo que el aumento de casos se debió a una caída en las tasas de vacunación por debajo del objetivo de 95% de la Organización Mundial de la Salud (OMS). “Creo que puede ser una indicación del éxito de las inmunizaciones en el pasado”, explicó.

“La gente piensa que muchas de estas enfermedades han desaparecido y, ciertamente, en Londres, hemos visto el regreso de muchas enfermedades infecciosas debido a la disminución de las tasas generales de inmunización, por lo que todos debemos tener cuidado. Debemos estar atentos y tomar toda la protección que podamos”.

La primera dosis de la vacuna triple viral se ofrece a todos los niños al año de edad, y luego reciben una segunda dosis antes de ingresar a la escuela, generalmente a los tres años y cuatro meses.

El director de salud pública de Londres, Kevin Fenton, dijo que la capital “no es única” en lo que respecta a casos de sarampión, pero “debido al tamaño de Londres y a la proporción de nuestros niños pequeños que están vacunados –la más baja del país–, somos especialmente vulnerables”.

“No es una enfermedad agradable, puede causar complicaciones y lamentablemente los niños pueden morir a causa de ella, por eso animamos a los padres a que los vacunen”.

Dijo que 20% de los menores de 10 años en Londres no están vacunados actualmente y atribuyó esta situación a varias razones, incluida la falta de educación sobre vacunas y que los padres están demasiado ocupados para ir al médico de cabecera.

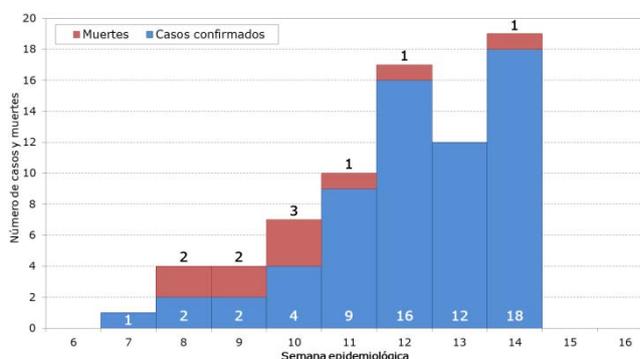
Fenton añadió que los médicos también seguían viendo el impacto de que los padres se negaran a vacunar a sus hijos hace 20 años, tras un [informe falso publicado en la revista médica \*The Lancet\*](#), que vinculaba la vacuna triple viral con el autismo.

Dijo que aquellos que no estaban vacunados entonces tienen ahora alrededor de 20 años y “todavía corren el riesgo de contraer sarampión”.

---

La situación es particularmente seria en Londres, dados diversos factores. Además de la creencia de las personas de que se trata de enfermedades del pasado, no se debe olvidar la influencia negativa de los movimientos antivacunas. El infame artículo publicado en *The Lancet* generó este daño a partir de una pseudo-investigación fraudulenta, la cual tuvo bastante eco en los medios de comunicación británicos. En consecuencia, no solo es necesario, sino urgente que las autoridades de salud británicas y londinenses en particular diseñen y ejecuten buenas campañas informativas dirigidas a la comunidad desmintiendo mitos y reafirmando las bondades y la seguridad de las vacunas.

El 22 de marzo de 2024, el Ministerio de Salud de República Centroafricana declaró un brote de meningitis en el distrito sanitario de Batangafo-Kabo, en el norte del país. Entre las semana epidemiológicas 7 y 16 de 2024, se notificó un total de 64 casos sospechosos, incluidas 10 muertes (tasa de letalidad de 16,0%), en tres comunas del distrito sanitario de Batangafo-Kabo: Kabo, Sido y Ouaki. La mayoría de los casos se notificaron en la comuna de Kabo (62 casos; 97,0%).



Casos y muertes por meningitis. República Centroafricana. Año 2024, de semana epidemiológica 6 a 16. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Se recogieron 52 muestras de líquido cefalorraquídeo de los casos sospechosos y se analizaron en el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Bangui. La prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) identificó patógenos bacterianos en cinco de las muestras (9,6%). Se identificaron *Neisseria meningitidis* serotipo W135 y *Streptococcus pneumoniae* en tres y dos muestras, respectivamente. La edad de los casos varía entre 2 meses y 56 años, con una media de 27 años. Hombres y mujeres se ven igualmente afectados, con una proporción mujer-hombre de 1,1. El último caso sospechoso se notificó el 7 de abril de 2024.

### Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud está trabajando estrechamente con sus socios (la Organización Mundial de la Salud, Médicos Sin Fronteras-España, African Relief Service, el Banco Mundial) para implementar actividades de respuesta al brote. Se ha activado un equipo de gestión de incidentes en el distrito de Kabo.
- El Ministerio de Salud desplegó un equipo de cinco expertos en la zona afectada, incluidos dos epidemiólogos, un experto en infecciones, prevención y control, un experto en comunicación de riesgos y participación comunitaria, y un especialista en logística, con el apoyo financiero del Banco Mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también envió expertos para apoyar al equipo sobre el terreno.
- Se están intensificando las actividades de vigilancia para identificar y notificar casos en las zonas afectadas y otros distritos del cinturón africano de la meningitis.
- La OMS y Médicos Sin Fronteras-España apoyan la recolección y transporte de muestras al Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Bangui y la adquisición de material de laboratorio.
- El gobierno estableció una política de tratamiento gratuito para todos los casos sospechosos de meningitis en el hospital secundario de Kabo. La OMS envió 1.984 viales de ceftriaxona a Batangafo-Kabo y los distritos circundantes en el cinturón africano de la meningitis.
- Se están llevando a cabo actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria con el apoyo de African Relief Service. Sesenta trabajadores comunitarios han sido enviados a la zona afectada para apoyar las actividades de sensibilización comunitaria.

## **Interpretación de la situación**

República Centroafricana, y especialmente el distrito afectado, forma parte del cinturón africano de la meningitis. Dada la actual temporada de la enfermedad, que suele extenderse de diciembre a junio, la situación actual no es inusual. Aunque las autoridades sanitarias nacionales, con el apoyo de sus socios, están respondiendo eficazmente al brote, algunos desafíos obstaculizan la respuesta, entre ellos la inseguridad y las carreteras de difícil acceso. Como no se informó ningún caso nuevo durante más de dos semanas consecutivas, el país debería considerar declarar el fin del brote en el distrito afectado. No obstante, es necesario seguir fortaleciendo las actividades de preparación en los demás distritos del país que pertenecen al cinturón de la meningitis.



Vietnam registró 141 casos de malaria en los primeros cinco meses de 2024, un aumento de 107,4% respecto del mismo período de 2023, y no se produjo ninguna epidemia, según el Instituto Nacional de Malariología, Parasitología y Entomología (NIMPE).

La provincia que registró el mayor número de casos es Khánh Hòa (94 casos; 66,7% del total), seguida por la provincia de Nghệ An (ocho casos; 5,7%) y la de Hà Tĩnh (siete casos; 5,0%).

Según Hoàng Đình Cảnh, director del NIMPE, en 2023 hubo 249 millones de casos de malaria en todo el mundo en 85 países, un aumento de cinco millones de casos en comparación con 2022.

África sigue siendo la región con la situación de malaria más grave, con aproximadamente 233 millones de casos, 94% de los pacientes a nivel mundial.

La región del Pacífico Occidental, incluido Vietnam, registra alrededor de 1,4 millones de casos, lo que representa 0,56% del total de casos de malaria a nivel mundial.

En todo Vietnam, durante los últimos diez años, el número de casos y muertes debido a la malaria ha disminuido gradualmente (de 15.752 casos a 448 casos el año pasado). “En particular, en el período 2014-16 se redujo a la mitad, y en el período 2019-21 la cifra se redujo a un tercio”, dijo Cảnh.

El año pasado, Vietnam registró 448 casos de malaria.

Trece de las 23 provincias que registran casos de malaria, han detectado casos importados de la enfermedad.

“Este es un desafío para la prevención y eliminación de la malaria que debe considerarse en el futuro”, afirmó Cảnh.

Para lograr el objetivo de eliminar la malaria para 2030, para 2027 el país no debe registrar más casos autóctonos de malaria.

“Mientras tanto, todavía hay muchas provincias con brotes persistentes y regulares de malaria que son difíciles de abordar, incluidas Lai Châu, Khánh Hòa, Gia Lai, Đắk Lắk y Đắk Nông”, dijo el director.

Según las estadísticas nacionales, alrededor de siete millones de personas viven en zonas endémicas de malaria en 1.030 comunas, principalmente personas pobres y minorías étnicas que viven en zonas montañosas, remotas y en Tây Nguyên (Tierras Altas Centrales) y zonas fronterizas.

Parte de la razón es la limitada conciencia pública, ya que las personas que viven en esas áreas no participan activamente en el trabajo de prevención de la malaria, como rociar productos químicos residuales, usar mosquiteros y tomar la dosis adecuada de medicamentos cuando están infectados, especialmente las minorías étnicas y los trabajadores estacionales en los campos.

“Además, existe el riesgo de propagación del parásito de la malaria *Plasmodium falciparum* resistente a la artemisinina”, dijo.

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