

<p>CÓRDOBA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pasco: Segunda muerte por leptospirosis
<p>ARGENTINA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Situación epidemiológica de la intoxicación por monóxido de carbono
<p>AMÉRICA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Colombia: Reemergencia de la filariosis linfática en Santander

<ul style="list-style-type: none"> ● Estados Unidos: Solo la mitad de las personas le dirían a su nueva pareja sexual si tuvieran una ITS ● México: Se elevan a cinco las muertes por parálisis flácida aguda en Tlaxcala desde marzo <p>EL MUNDO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Australia: Caso humano de influenza aviar A(H5N1) ● Belarús: Brote de encefalitis transmitida por garrapatas por consumo de leche de cabra ● Corea del Sur: Los casos de tos convulsa superaron los 1.300 por primera vez en más de 20 años
--

<ul style="list-style-type: none"> ● Europa: Empeoramiento de la propagación de brotes de enfermedades transmitidas por mosquitos ● Mauricio: Situación epidemiológica del dengue ● Sudáfrica: Advierten sobre un caso confirmado de rabia en un lobo marino en Western Cape ● Uganda: Nuevo caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, ahora en el distrito de Kasese ● Zimbabwe: Situación epidemiológica del cólera ● Las vacunas repetidas contra la covid producen anticuerpos que neutralizan variantes y otros virus
--

Comité Editorial	
Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021) Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.	
Editor en Jefe ÍLIDE SELENE DE LISA	Editores adjuntos RUTH BRITO ENRIQUE FARÍAS
Editores Asociados ISSN 2796-7050	
ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER GUSTAVO LOPARDO // 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 // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO SERGIO CIMERMAN	

Patrocinador
 <p>WWW.SADI.ORG.AR</p>
Adherentes


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

La subsecretaria de Estrategias Sanitarias y Acceso a la Salud de la provincia, Laura Raquel López, confirmó el 7 de junio el segundo deceso por leptospirosis en Córdoba.

“Son adultos mayores de 51 y 63 años. Uno es empleado en un tambo local, desempeñando tareas de ordeño y manejo de animales como cerdos y ovejas, y el otro es el dueño del establecimiento”, ubicado en la localidad de Pasco, explicó.



El 5 de junio se había confirmado la muerte del hombre de 51 años, mientras que el de 63 años permanecía internado en el área de terapia intensiva. Para ese entonces ya contaba con asistencia respiratoria, pero su organismo colapsó durante la jornada del 7 de junio.

La especialista indicó que se trata de “casos atípicos” y que no se pudo identificar el contacto “de alto riesgo” que tuvieron.

“Esta presentación a veces muestra un alto contacto con la bacteria, dado que los pacientes hoy están fallecidos”, confirmó.

Consultada sobre si en el tambo encontraron animales infectados en el tambo, explicó: “El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) hizo el control y son animales que en este momento muestran la enfermedad, por eso son todos los procedimientos que se harán en el campo”.

López señaló que los síntomas pueden confundirse con los de la influenza, el dengue y la fiebre hemorrágica argentina, por lo que es crucial la consulta médica temprana y el tratamiento oportuno.

Las muertes por leptospirosis motivaron al SENASA, la Secretaría de Ganadería, la Policía Ambiental y la Dirección General de Control de la Industria Alimenticia a iniciar una investigación en el tambo sindicado para poder esclarecer cuál fue el origen de los contagios, debido a que ambos presentaron síntomas similares.

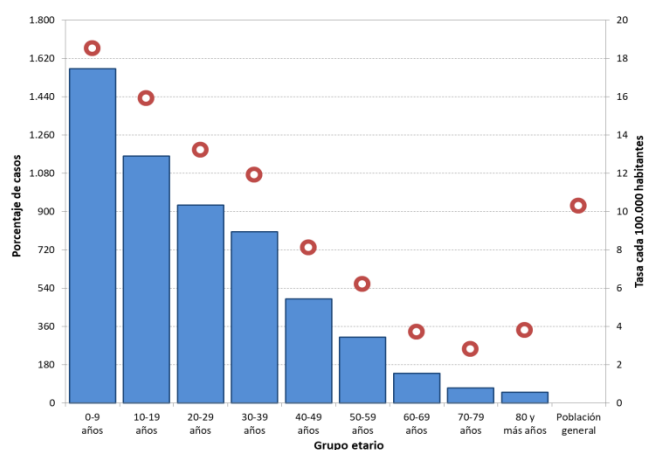
Al mismo tiempo, el Departamento de Zoonosis, la Dirección General de Fiscalización del Ministerio de Bioagroindustria de Córdoba, el SENASA, el área de control de los alimentos y la Policía Ambiental delinearán acciones de prevención y control para evitar la expansión de la enfermedad, sobre todo, en las áreas endémicas.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 y la SE 22 de 2024, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 6.105 casos, de los cuales 5.312 fueron confirmados, y los 793 restantes fueron clasificados como sospechosos. En cuanto a la confirmación de los casos, 83,1% se realizó por criterio clínico, 11,6% por laboratorio y el resto por criterio epidemiológico. En cuanto a la distribución por sexo (de 5.256 casos), 55,3% correspondió al sexo femenino, y el 44,7% restante al masculino, con una mediana de edad de 21 años. En el periodo considerado, se registraron 34 fallecidos, siendo el año 2023 el que más casos fatales registró, con 11 muertes registradas.

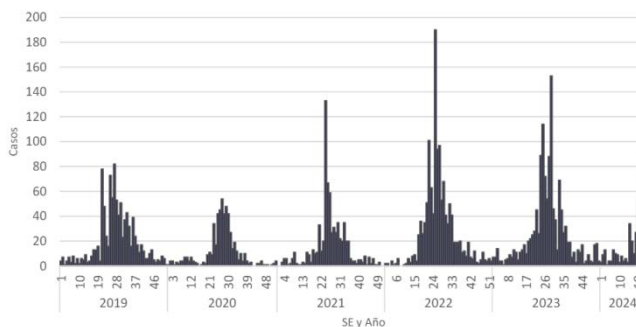
El 80% de los casos (4.259) se concentró en el grupo etario de 0 a 39 años, el que presenta una incidencia acumulada superior a la registrada en la población general.

Se observa una continuidad de casos durante todo el año a nivel nacional, con aumentos estacionales entre la SE 15 y la SE 35, que corresponden al inicio de los meses más fríos del año. La mayor cantidad de casos confirmados se registró en la SE 25 de 2022, con 190 casos.

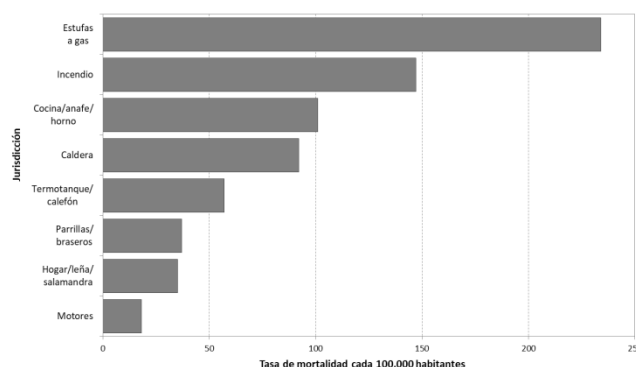
En relación a la distribución regional de los casos, 2.043 (38,5%) se registraron en la región Sur, siendo las provincias de Neuquén, Chubut y Tierra del Fuego las que concentran el mayor número de casos. Le sigue en número de casos la región Centro con 1.671 casos (31,5%), siendo Buenos Aires la provin-



Casos e incidencia acumulada cada 100.000 habitantes de intoxicación por monóxido de carbono, según grupos etarios. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a 22 de 2024. (n=5.310). Fuente: Área de Análisis de información e Investigación. Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados de intoxicación con monóxido de carbono. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a 22 de 2024. (n=5.310). Fuente: Área de Análisis de información e Investigación. Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados de intoxicación con monóxido de carbono, según fuente de exposición. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2019 a 22 de 2024. (n=721). Fuente: Área de Análisis de información e Investigación. Ministerio de Salud de Argentina.

cia con mayor número de casos en esta región. El 30% restante de los confirmados se distribuye entre las regiones Cuyo, Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA).

En el período analizado, 721 casos (13,6%) cuentan con la fuente de exposición; de estos, 234 (32,5%) corresponden a estufas a gas, 147 (20,4%) a incendios, 101 (14%) a cocinas/anafes/hornos, y el resto a otras fuentes.

Provincia/Región	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	53	29	28	49	68	11
Buenos Aires	227	76	205	232	242	83
Córdoba	81	23	29	47	49	15
Entre Ríos	17	16	13	20	34	7
Santa Fe	4	1	2	9	1	—
Centro	382	145	277	357	394	116
Mendoza	158	69	44	129	181	50
San Juan	30	69	47	60	79	13
San Luis	21	1	5	10	15	8
Cuyo	209	139	96	199	275	71
Chaco	1	—	1	1	1	—
Corrientes	1	—	—	1	—	—
Formosa	—	—	—	—	—	—
Misiones	—	—	1	2	—	—
Noreste Argentino	2	—	2	4	1	—
Catamarca	3	—	—	—	—	—
Jujuy	1	—	1	2	—	—
La Rioja	1	—	16	—	6	3
Salta	—	—	—	61	32	24
Santiago del Estero	—	—	1	5	2	1
Tucumán	82	48	108	73	108	22
Noroeste Argentino	87	48	126	141	148	50
Chubut	55	63	92	222	91	44
La Pampa	6	7	8	20	4	8
Neuquén	45	36	20	223	220	90
Río Negro	42	22	11	37	34	8
Santa Cruz	39	53	8	31	41	23
Tierra del Fuego	117	31	80	55	102	55
Sur	304	212	219	588	492	228
Total Argentina	984	544	720	1.289	1.310	465

* Casos de 2024 hasta semana epidemiológica 22.

Casos de intoxicación por monóxido de carbono, según jurisdicción. Argentina. Años 2019/2024. (n=4.847). Fuente: Área de Análisis de información e Investigación. Ministerio de Salud de Argentina.

Un reciente estudio describió un caso de filariosis linfática en Colombia, causada por el nematodo *Wuchereria bancrofti*.

Se trató de un niño de 14 años residente en una zona urbana de Barrancabermeja, Santander, Colombia, ubicada en la margen oriental del río Magdalena, que consultó por un antecedente de linfedema progresivo de tres años de evolución. Sus síntomas comenzaron luego de un viaje de caza al altiplano de San Rafael, una zona forestal situada en las estribaciones de la cordillera oriental, a unos 37 km al oeste de Barrancabermeja. Fue derivado a la Fundación Cardiovascular de Colombia, por el agrandamiento progresivo de ambos testículos, que se habían tornado dolorosos en las últimas semanas, y episodios recurrentes de fiebre, eritema, lesiones tipo urticaria, prurito y dolor en el miembro inferior izquierdo. El paciente había estado previamente bajo atención ambulatoria con un equipo de cirugía vascular, quienes consideraron el diagnóstico de malformación arteriovenosa. El paciente no experimentó la aparición de síntomas hasta los 11 años de edad.

El examen físico del paciente mostraba un linfedema extenso en la extremidad inferior izquierda, que se extendía desde el pie hasta la región genital, junto con áreas de induración en el muslo izquierdo y linfadema inguinal bilateral dolorosa. También presentaba edema escrotal severo. Los resultados del hemograma completo mostraron leucocitosis con 87,4% de neutrófilos, lo que indica neutrofilia. Todos los demás resultados de las pruebas de laboratorio fueron normales, incluida la ausencia de eosinofilia. La ecografía Doppler reveló hidrocele escrotal gigante bilateral. Una tomografía computarizada de abdomen y pelvis, realizada tres meses antes, mostró hidrocele bilateral junto con linfadenopatía paraaórtica izquierda, ílica derecha e inguinal bilateral.

La sospecha de filariosis crónica motivó un examen directo nocturno mediante el método de concentración de Knott, que arrojó resultados no concluyentes. Se extrajo ADN de una muestra de sangre del paciente y se realizó la detección de filarias, identificándose la especie *W. bancrofti*. Se inició tratamiento con clindamicina, ivermectina y albendazol, a la espera de dietilcarbamazina, el fármaco de elección para la filariosis linfática causada por *W. bancrofti*,

Debido a que el historial médico del paciente no indicaba viajes, se piensa que el resurgimiento de la filariosis linfática puede estar asociado con tendencias crecientes de urbanización, lo que lleva al avance de nuevos nichos ecológicos y a la migración desde regiones endémicas previamente conocidas, como Venezuela. Desde una perspectiva epidemiológica, es importante resaltar que la filaria *W. bancrofti* exhibe una periodicidad nocturna de microfilaremia, que coincide con las horas de mayor actividad de su principal vector, el mosquito *Culex quin-*

quefasciatus. Este mosquito presenta hábitos antropodómicos, que son factores determinantes en la transmisión focal de la infección por *W. bancrofti* en las proximidades de viviendas humanas. Barrancabermeja, el lugar de residencia del paciente, es una zona endémica no sólo para los mosquitos *Culex* spp., sino también de otros vectores implicados en la transmisión urbana de *W. bancrofti*, como los mosquitos *Aedes* spp.

La exposición a la filariosis linfática dentro de los hogares parece ser un factor importante que contribuye a la infección infantil. En este caso, se justifica investigar el conglomerado familiar. A pesar de los renovados esfuerzos de control liderados por el Programa Mundial para la Eliminación de la Filariosis Linfática, persisten focos de infección por *W. bancrofti* en la región. La vigilancia es crucial para evitar la reactivación de antiguos focos endémicos o un resurgimiento de casos en regiones hipoendémicas, que es potencialmente el escenario en este caso. Se debe establecer rápidamente una vigilancia parasitaria y entomológica para ayudar a desarrollar e implementar intervenciones específicas, incluida la administración masiva de medicamentos, medidas de control de vectores y otros enfoques estratégicos. Tales medidas son esenciales para prevenir la posible aparición de nuevos casos de filariosis linfática dentro de esta región geográfica de Colombia.

La filariosis linfática es causada por una infección con los nematodos filariales transmitidos por mosquitos *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* y *Brugia timori*. La transmisión ha ocurrido en varias regiones, incluidas África, el Sudeste Asiático y la cuenca del Pacífico. Además, se han documentado casos en áreas específicas de Medio Oriente, el Caribe y América del Sur. Históricamente, la filariosis linfática fue endémica en 24 países de las Américas; actualmente, cuatro países siguen siendo endémicos –Brasil, Haití, Guyana y República Dominicana– y 13,4 millones de personas están en riesgo de infección. Aparte de Guyana, se sabe poco sobre la ocurrencia y endemicidad de la filariosis linfática causada por el nematodo *W. bancrofti* en el norte de América del Sur, particularmente en Colombia y Venezuela, donde no se habían reportado casos recientes.

La filariosis linfática fue una condición clínica prevalente en Colombia desde el siglo XVI hasta mediados del siglo XX, especialmente en la ciudad caribeña de Cartagena de Indias, donde se documentaron los casos iniciales. Sin embargo, no fue hasta 1930 que se identificó su endemicidad en comunidades residentes a lo largo del río Magdalena, específicamente en la ciudad petrolera de Barrancabermeja, donde se reportó el último caso a fines de la década de 1940. La incidencia estimada en esa zona fue de 16 casos cada 1.000 trabajadores petroleros al año, lo que la convierte en una de las principales regiones endémicas del país. La incidencia de la enfermedad disminuyó notablemente durante las décadas de 1960 y 1970, lo que dio lugar a casos sólo esporádicos y subclínicos, lo que eventualmente llevó a la aparente desaparición de los focos de la enfermedad por razones que aún no se han determinado. Desde entonces no se reportaron nuevos casos en Colombia hasta el año 2016, cuando se documentó un caso de linfedema gigante de pene y escroto en un paciente de 33 años en la ciudad de Cali, Valle del Cauca. Sin embargo, no hubo confirmación de la presencia de parásitos ni verificación de antecedentes de viaje o residencia en áreas endémicas.

Apenas alrededor de la mitad de las personas con una infección de transmisión sexual (ITS) le contarían a una nueva pareja sobre su infección antes de tener relaciones sexuales, encuentra una [revisión](#) reciente.

El miedo impide que muchas personas revelen su ITS a una nueva pareja sexual, según los resultados combinados de 32 estudios anteriores.



Otras razones incluyen la creencia de que el uso del condón proporciona suficiente protección; la falta de obligación que conlleva una aventura de una noche; o ansiedad por perder la relación.

Algunos participantes del estudio incluso describieron “pasar” como no infectados para no tener que revelar su ITS, muestran los resultados.

Las personas diagnosticadas con ITS pueden estar en posiciones vulnerables y enfrentarse a decisiones difíciles, cuyos resultados pueden ser perjudiciales para su identidad y sus relaciones. El proceso de divulgación es complejo.

Alrededor de una de cada cinco personas en Estados Unidos tienen una ITS en un momento dado, con más de 26 millones de incidentes reportados a los servicios de salud. La clamidiosis, la gonorrea y la sífilis han estado en niveles récord, y siguen aumentando.

Las personas que revelaron su enfermedad a su pareja lo hicieron por amor, un sentido de obligación moral, o sentimientos de tener una relación fuerte y cercana.

Uno de los factores clave que determina si un individuo lo revelará es el destinatario previsto. La forma en que el receptor reaccionará y responderá, y la relación con el receptor, pueden ser influencias críticas en el revelador.

La ignorancia sobre la salud sexual también contribuyó a la decisión de las personas de no revelar su ITS. Por ejemplo, las personas con herpes pensaban que no podían contagiar a su pareja si su herpes estaba en remisión, lo cual no es cierto. También pensaron que un condón sería suficiente para prevenir la transmisión, otro concepto erróneo.

La educación sexual integral podría ayudar a las personas a tomar decisiones más inteligentes que protejan mejor la salud de sus parejas sexuales.

La falta de conocimiento sobre la salud sexual indica que muchos individuos no están recibiendo suficiente educación integral sobre la salud sexual. Esto no es sorprendente, particularmente en Estados Unidos, ya que la educación sexual integral sigue siendo un tabú, en lugar de la norma.

A tres meses de la alerta epidemiológica, Tlaxcala registra cinco defunciones por parálisis flácida aguda asociada al síndrome de Guillain-Barré, trastorno que causa debilidad muscular ocasionada por diversas causas, dentro de ellas enfermedades infecciosas, degenerativas, autoinmunes e intoxicaciones con metales pesados, medicamentos y plaguicidas.

El reporte más actualizado de la Secretaría de Salud (SESA) confirmó 95 casos, relacionados con la infección por la bacteria *Campylobacter jejuni*, que se puede encontrar en frutas, verduras e incluso por una contaminación o mala cocción de carne de pollo.

La dependencia estatal confirmó el reporte de 62 casos confirmados de síndrome de Guillain-Barré, e indicó que están hospitalizados seis pacientes por esta causa. Ya fueron dadas de alta 84 personas tras su recuperación, hasta el 31 de mayo de 2024. El personal de salud vigila constantemente la evolución de las personas hospitalizadas, la rehabilitación de los pacientes y la disponibilidad de medicamentos.

La SESA exhortó a los tlaxcaltecas a atender las recomendaciones vigentes para evitar el síndrome de Guillain-Barré, dentro de ellas: el lavado constante de manos, desinfectar frutas y verduras; consumir carnes bien cocidas; revisar que las latas de alimentos no estén abolladas; no consumir alimentos en lugares de dudosa higiene; evitar el contacto con personas con infecciones respiratorias.

Para evitar la contaminación cruzada la sugerencia es el lavado de manos antes y después de manipular alimentos crudos, impedir que los alimentos crudos se mezclen con los que ya están cocidos; mantener limpio el trapo de cocina; lavar y desinfectar los utensilios que entren en contacto con los alimentos crudos; mantener los alimentos crudos separados dentro del refrigerador, así como acudir a la unidad médica más cercana en caso de presentar malestar.

El antecedente

El 4 de marzo, la SESA emitió la alerta por parálisis flácida aguda y síndrome de Guillain-Barré al detectar un aumento en los casos confirmados.

La primera muerte ocurrió el 16 de marzo en el Hospital General de Zona N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado en la colonia Loma Xicohténcatl en la capital del estado, en un varón de 48 años de edad con enfermedad crónico-degenerativa.

La segunda muerte fue reportada el 20 de marzo en un hombre de 65 años de edad, a consecuencia de su deterioro hemodinámico, ocurrió en el mismo nosocomio del IMSS. Recibió tratamiento tras ser ingresado por una polineuropatía desmielinizante inflamatoria sugestiva de síndrome de Guillain-Barré.

La tercera muerte tuvo lugar el 21 de marzo en una mujer que estuvo internada en el Hospital Regional de Tzompantepec IMSS-Bienestar 'Emilio Sánchez Piedras' y presentó insuficiencia respiratoria aguda.

La cuarta muerte asociada al síndrome de Guillain-Barré ocurrió el 4 de abril y corresponde a un hombre con antecedentes de haber padecido en dos ocasiones el síndrome.



AUSTRALIA

CASO HUMANO DE INFLUENZA AVIAR A(H5N1)

07/06/2024

El 17 de mayo de 2024, el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Referencia e Investigación sobre la Influenza en Australia notificó al Punto Focal Nacional (PFN) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Australia un caso sospechoso de influenza aviar humana A(H5N1) en Melbourne, Victoria.

El Departamento de Salud del estado de Victoria confirmó este caso el 18 de mayo. Conforme al artículo 44, el PFN de Australia notificó el 21 de mayo el caso confirmado al PFN de India. Según el artículo 8, el PFN de Australia notificó el caso a la OMS el 22 de mayo de 2024.

El caso es una niña de 2,5 años sin enfermedades subyacentes. Tenía antecedentes de viajes a Calcuta, India, del 12 al 29 de febrero de 2024. Regresó a Australia el 1 de marzo de 2024.

Al regresar a Australia, la niña se presentó en un hospital de Victoria el 2 de marzo, donde recibió atención médica y fue ingresada ese mismo día. El 4 de marzo, la paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos de un hospital de referencia en Melbourne, Victoria, debido al empeoramiento de los síntomas, durante un período de una semana. La paciente fue dada de alta del hospital después de un ingreso de dos semanas y media. Actualmente el caso se encuentra clínicamente bien.

El Departamento de Salud de Victoria informó el 23 de mayo de 2024 que la familia informó que la niña comenzó a sentirse mal el 25 de febrero de 2024, con pérdida de apetito, irritabilidad y fiebre, y fue llevada a un médico la noche del 28 de febrero de 2024 en India. Estaba febril, tosía y vomitaba y le dieron paracetamol. No se informó a ningún oficial de bioseguridad del aeropuerto australiano que la niña no se encontraba bien cuando llegó a Australia el 1 de marzo de 2024.

Información adicional proporcionada por la familia indica que el caso no viajó fuera de Calcuta, India, y no tuvo ninguna exposición conocida a personas o animales enfermos mientras estuvo en India. Se entiende que ningún contacto familiar cercano del caso en Australia o India desarrolló síntomas hasta el 22 de mayo de 2024.

Un hisopado nasofaríngeo y un aspirado endotraqueal tomados los días 6 y 7 de marzo respectivamente dieron positivo para influenza A en el hospital de referencia. Las muestras se enviaron al Centro Colaborador de la OMS para su posterior caracterización el 3 de abril como parte de un lote, ya que los médicos remitentes del hospital no tenían suficiente conocimiento para conectar el caso con el virus A(H5N1). La secuencia genética del virus obtenida de las muestras confirmó el subtipo A(H5N1) e indicó que el gen de la hemaglutinina (HA) per-

tenecía al clado 2.3.2.1a, que circula en el Sudeste Asiático y se ha detectado en infecciones humanas anteriores y en aves de corral.

Respuesta de salud pública

Australia

- El Departamento de Salud y Atención a Ancianos del Gobierno de Australia convocó un Equipo de Vigilancia e Investigación (MIT), cuya primera reunión se celebró el 20 de mayo de 2024. Actualmente, el MIT se reúne semanalmente para evaluar cualquier riesgo actual de la situación general de la influenza aviar altamente patógena (IAAP) en Australia asociada con el caso confirmado de A(H5N1) en Victoria y los actuales brotes internacionales de IAAP. La frecuencia de las reuniones del MIT se reevaluará, según sea necesario.
- El Centro Nacional de Incidentes del Gobierno australiano, Departamento de Salud y Atención a Ancianos, ha sido activado para coordinar la respuesta al evento.
- El PFN del RSI de India fue notificado el 21 de mayo.
- El 22 de mayo, el Director de Salud de Victoria emitió un aviso de salud en su sitio web, informando del caso humano de influenza aviar notificado recientemente en Victoria.
- El 23 de mayo, el director interino del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Australia emitió un comunicado de prensa sobre el primer caso humano de influenza aviar A(H5N1) en Victoria. El sitio web provisional de los CDC se actualizó e incluyó consejos de salud pública sobre la influenza aviar. Esto incluyó la importancia de que las personas que trabajan en una granja o fábrica avícola, o que viajan al extranjero a países con brotes de influenza aviar, se vacunen contra la influenza estacional cada año, lo que puede ayudar a evitar que el virus de la influenza aviar se combine con otros virus de la influenza, lo que puede provocar nuevos virus mutados que se convierten así en una mayor amenaza para las personas.

India

- Al recibir información del PFN del RSI de Australia, el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar del Gobierno de India inició una investigación epidemiológica con la participación de todos los sectores pertinentes.

Evaluación de riesgos de la OMS

Esta es la primera infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) notificada por Australia. La mayoría de los casos humanos de infección por virus de la influenza aviar notificados hasta la fecha se deben a la exposición a aves de corral infectadas o ambientes contaminados. Actualmente, se desconoce la posible fuente de exposición al virus en el caso, pero probablemente ocurrió en India, donde el paciente viajó antes de que comenzara la enfermedad.

La infección humana puede causar enfermedades graves y tiene una alta tasa de mortalidad. Estos virus de la influenza A(H5N1), que pertenecen a diferentes grupos genéticos, no infectan fácilmente a los humanos y la transmisión de persona a persona hasta ahora parece inusual. A medida que el virus continúa circulando entre las aves de corral, particularmente en las zonas rurales, persiste la posibilidad de que se produzcan más casos humanos esporádicos.

Actualmente, la evidencia epidemiológica y virológica disponible sugiere que los virus A(H5) no han adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre humanos, por lo que la probabilidad de propagación de persona a persona es baja.

Sobre la base de la información disponible, la OMS evalúa como bajo el riesgo actual que representa este virus para la población general. La evaluación de riesgos se revisará si se dispone de información virológica y epidemiológica adicional.

Consejo de la OMS

Este evento no cambia las recomendaciones actuales de la OMS sobre medidas de salud pública y vigilancia de la influenza.

El público debe evitar el contacto con entornos de alto riesgo, como mercados/granjas de animales vivos y aves de corral vivas, o superficies que puedan estar contaminadas con excrementos de aves de corral. Además, se recomienda mantener una buena higiene de manos con lavado frecuente o el uso de desinfectante para manos a base de alcohol.

El público en general y las personas en riesgo deben informar inmediatamente a las autoridades veterinarias sobre casos de enfermedad o muerte inesperada de animales. Se debe evitar el consumo de aves de corral que estén enfermas o que hayan muerto inesperadamente.

Cualquier persona que haya estado expuesta a animales potencialmente infectados o ambientes contaminados y que se sienta mal debe buscar atención médica de inmediato, informar a su proveedor de atención médica sobre su posible exposición, usar un barbijo y limitar el contacto con otras personas.

Un análisis minucioso de la situación epidemiológica, una mayor caracterización de los virus de la influenza A(H5N1) más recientes en poblaciones humanas y animales, y las investigaciones serológicas son fundamentales para evaluar los riesgos asociados para la salud pública y ajustar rápidamente las medidas de gestión de riesgos.

No existen vacunas específicas para la influenza A(H5N1) en humanos. Sin embargo, en algunos países se han desarrollado vacunas candidatas para la preparación ante una pandemia. La OMS continúa actualizando la lista de virus candidatos a vacuna contra la influenza zoonótica, que se revisa y actualiza dos veces al año en la consulta de la OMS sobre la composición de la vacuna contra el virus de la influenza.

La OMS desaconseja implementar restricciones a los viajes o al comercio basándose en la información actual disponible sobre este evento. La OMS no recomienda controles especiales a los viajeros en los puntos de entrada ni otras restricciones debido a la situación actual de los virus de la influenza en la interfaz entre humanos y animales.

Los Estados Partes en el RSI (2005) deben notificar inmediatamente a la OMS cualquier caso confirmado por laboratorio de infección humana reciente causada por un nuevo subtipo de virus de la influenza. No se requiere evidencia de enfermedad para esta notificación.

Los virus de la influenza animal normalmente circulan entre los animales, pero también pueden infectar a los humanos. Las infecciones en humanos se han adquirido principalmente a través del contacto directo con animales infectados o ambientes contaminados. Dependiendo del huésped original, los virus de la influenza A se pueden clasificar como influenza aviar, influenza porcina u otros tipos de virus de influenza animal.

Las infecciones por el virus de la influenza aviar en humanos pueden causar enfermedades que van desde una infección leve del tracto respiratorio superior hasta enfermedades más graves y pueden ser fatales. También se han notificado conjuntivitis, síntomas gastrointestinales, encefalitis y encefalopatía. También ha habido varias detecciones del virus A(H5N1) en personas asintomáticas que estuvieron expuestas a aves infectadas.

Se requieren pruebas de laboratorio para diagnosticar la infección humana por influenza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualiza periódicamente protocolos de orientación técnica para la detección de influenza zoonótica utilizando métodos moleculares, por ejemplo, la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). La evidencia sugiere que

algunos medicamentos antivirales, en particular los inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir, zanamivir), pueden reducir la duración de la replicación viral y mejorar las perspectivas de supervivencia en algunos casos.

Desde 2003 hasta el 22 de mayo de 2024, se notificaron a la OMS 891 casos de infecciones humanas por influenza aviar A(H5N1), incluidas 463 muertes, en 24 países. Casi todos estos casos se han relacionado con el contacto cercano con aves infectadas, vivas o muertas, o con ambientes contaminados.

India ha informado a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) detecciones de influenza aviar A (H5N1) en aves domésticas en 2024. A medida que el virus continúa circulando entre las aves de corral, persiste la posibilidad de que se produzcan más casos humanos esporádicos. Esta es la primera infección humana por influenza aviar A(H5N1) reportada en Australia. En este caso, la exposición probablemente ocurrió en India, donde este clado del virus A(H5N1) se detectó en aves en el pasado, aunque actualmente se desconoce la fuente probable de exposición al virus.

Tres personas en el distrito de Baránavichi, en el óblast de Brest, contrajeron encefalitis transmitida por garrapatas después de consumir leche de cabra sin pasteurizar, según informó el Centro Zonal de Higiene y Epidemiología del distrito.

El centro señaló que aunque la principal vía de infección humana se produce a través de la picadura de garrapatas infectadas durante la succión de sangre, también es posible infectarse a través de los alimentos.



El principal culpable en este caso son las cabras y su leche. Durante su vida, las cabras pueden ser infectadas varias veces por el virus de la encefalitis transmitida por garrapatas, por lo que un animal puede ser fuente de infección en diferentes momentos.

“Es muy importante no consumir leche de cabra sin pasteurizar o productos elaborados con ella sin tratamiento térmico durante el período de actividad de las garrapatas”, señaló el departamento y recomendó tratar térmicamente la leche de cabra, porque el virus de la encefalitis transmitida por garrapatas es sensible a las altas temperaturas y muere con dos minutos de ebullición.

Los expertos también señalaron que no solo la leche sin pasteurizar es contagiosa, sino también los productos elaborados con ella: requesón, crema agria, etc. Por ejemplo, el virus persiste en la leche fresca durante más de siete días, en el requesón durante 14 días y en la mantequilla durante más de dos meses.

Las garrapatas y la transmisión del virus de la encefalitis transmitida por garrapatas se están volviendo activas esta primavera en Europa del Este, incluida Belarús. La encefalitis transmitida por garrapatas es una infección viral del sistema nervioso central que ocurre en muchas partes de Europa y Asia. Los humanos adquieren la enfermedad principalmente a través de picaduras de garrapatas, pero ocasionalmente se contrae al consumir productos lácteos no pasteurizados de ganado virémico.

La especie de garrapata que probablemente transmite el virus en el oeste de Rusia y Belarús es *Ixodes ricinus*. Tampoco se menciona el roedor huésped del virus. En Europa, donde la encefalitis transmitida por garrapatas es endémica, el ratón de campo (*Myodes glareolus*) es el roedor huésped del virus.

No se indica el subtipo específico del virus de la encefalitis transmitida por garrapatas que se encuentra en las garrapatas de la localidad mencionada. Existen tres subtipos del virus de la encefalitis transmitida por garrapatas, que pertenece a la familia *Flaviviridae*: el centroeuropeo, el siberiano y el del Lejano Oriente (antes conocida como encefalitis rusa de primavera-verano). El subtipo del virus involucrado en este brote es probablemente el subtipo centroeuropeo.

Las formas de prevenir las infecciones por el virus de la encefalitis transmitida por garrapatas son no consumir leche o productos lácteos sin calentar, evitar las picaduras de garrapatas o vacunarse. La inmunización ofrece la protección más eficaz contra la enfermedad. La vacuna contra la encefalitis transmitida por garrapatas se produce en Rusia.

El número de casos de tos convulsa alcanzó su nivel más alto en más de 20 años en Corea del Sur, mientras las autoridades sanitarias piden mayores precauciones y programas de vacunación ampliados.

Según la Agencia de Prevención y Control de Enfermedades de Corea del Sur, 1.365 personas han sido infectadas con la enfermedad respiratoria altamente contagiosa hasta el 1 de junio.

La cifra ya superó el total anual de 292 del año pasado y es más alta que cualquier año desde 2001, el primer año del que hay datos disponibles.

Los menores son el grupo más vulnerable, según muestran los datos. Los niños de entre 13 y 19 años representan 49,6% de los casos confirmados este año, mientras que los niños de entre siete y 12 años representan 37,5%.

Por regiones, 39,8% de los casos se reportaron en la provincia de Gyeongsang del Sur, seguida por las provincias de Gyeonggi (17,4%), Busan (8%) y Gyeongsang del Norte (6,6%).

Los funcionarios de salud de otros países también están luchando por frenar el aumento de casos de la enfermedad. Este año se han reportado al menos 4.864 casos de tos convulsa en Estados Unidos. Esto es casi el triple que los 1.746 casos notificados en 2023 durante el mismo período. En China, sólo en abril se notificaron más de 90.000 casos.

La tos convulsa puede poner en peligro la vida de los bebés menores de seis meses. Pero durante la última década, no se han reportado muertes causadas por la enfermedad en Corea del Sur, gracias a la alta tasa de vacunación entre los bebés, superior a 97%.

Los funcionarios de la agencia de salud instaron a los padres y maestros de niños pequeños a prestar especial atención a su estado de salud, diciendo que aquellos que no han sido vacunados deben comenzar su serie de dosis para minimizar el riesgo de complicaciones graves si contraen la enfermedad.



Las últimas cifras de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) muestran una tendencia creciente continua en el número de casos de dengue importados de regiones endémicas, así como un número cada vez mayor de brotes locales de infecciones por el virus del Nilo Occidental y de dengue dentro de la UE/EEE.

“Europa ya está experimentando cómo el cambio climático está creando condiciones más favorables para que los mosquitos invasores se propaguen a áreas que antes no estaban afectadas e infecten a más personas con enfermedades como el dengue. El aumento de los viajes internacionales desde países endémicos de dengue también aumentará el riesgo de casos importados e inevitablemente también el riesgo de brotes locales”, afirmó Andrea Ammon, directora del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades. “Las medidas de protección personal combinadas con medidas de control de vectores, la detección temprana de casos, la vigilancia oportuna, más investigaciones y actividades de sensibilización son primordiales en las zonas de Europa con mayor riesgo”.



En 2023, se notificaron 130 casos de dengue adquirido localmente en la UE/EEE, y en 2022 se notificaron 71 casos. Se trata de un aumento significativo en comparación con el período de diez años 2010-2021, en el que el número total de casos adquiridos localmente fue 73 durante todo el período. Los casos importados también están aumentando: 1.572 casos notificados en 2022 y más de 4.900 casos en 2023. Se trata del mayor número de casos importados de dengue notificados desde el inicio de la vigilancia a nivel de la UE en 2008. En los primeros meses de 2024, varios países han informado aumentos sustanciales en el número de casos de dengue importados, lo que podría sugerir que las cifras en 2024 podrían ser aún mayores.

En cuanto al virus del Nilo Occidental, en 2023, los países de la UE/EEE notificaron 713 casos humanos adquiridos localmente en 123 regiones diferentes de nueve países de la UE. Veintidós de estas regiones fueron reportadas como lugares de infección por primera vez en 2023; También se reportaron 67 muertes. El número de casos notificados es inferior al de 2022, con 1.133 casos humanos, pero el número de regiones afectadas es el mayor desde el pico de 2018, lo que indica una amplia circulación geográfica del virus.

Aedes albopictus, que transmite los virus Dengue, Chikungunya y Zika, se está propagando más al norte, este y oeste de Europa y ahora tiene poblaciones autosuficientes en 13 países de la UE/EEE. *Aedes aegypti*, vector de los virus de la fiebre amarilla, Dengue, Chikungunya y Zika, se estableció recientemente en Chipre. Su potencial para establecerse en otras partes de Europa es preocupante debido a su importante capacidad para transmitir patógenos y su pre-

ferencia por picar a los humanos. El mosquito *Culex pipiens*, responsable de la propagación del virus del Nilo Occidental, es originario de Europa y está presente en toda la UE/EEE.

Se prevé que el cambio climático afectará en gran medida la propagación de enfermedades transmitidas por mosquitos en Europa, por ejemplo, mediante la creación de condiciones ambientales favorables para el establecimiento y crecimiento de poblaciones de mosquitos. Este año, se informó en Sevilla, España, un caso humano confirmado de infección por el virus del Nilo Occidental adquirido localmente, con inicio de síntomas a principios de marzo. Aunque es un caso aislado, pone de relieve que la transmisión del virus del Nilo Occidental puede ocurrir muy temprano en el año, tal vez debido a las condiciones climáticas adecuadas.

El establecimiento de medidas coordinadas de control de vectores es un elemento clave para la lucha contra las enfermedades transmitidas por mosquitos y será necesaria más investigación para desarrollar herramientas eficientes pero ecológicas para controlar las poblaciones de mosquitos. Paralelamente, se deberían anunciar a la población medidas sencillas como eliminar el agua estancada en jardines o balcones donde se reproducen los mosquitos. Las medidas de protección personal para reducir el riesgo de picaduras de mosquitos incluyen el uso de ropa que cubra la mayor parte del cuerpo, el uso de repelente de mosquitos, el uso de telas mosquiteras o mosquiteros en puertas y ventanas y dormir o descansar en habitaciones con aire acondicionado. Para que se apliquen ampliamente, son esenciales campañas eficaces de sensibilización entre el público en general.

Una mejor vigilancia y detección temprana de casos de enfermedades transmitidas por mosquitos relacionados con viajes y adquiridos localmente siguen siendo esenciales para implementar medidas oportunas y apropiadas de control de vectores y enfermedades.

Algunos datos

- En 2024, *Aedes albopictus* está establecido en Alemania, Austria, Bulgaria, Croacia, Eslovenia, España, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Malta, Portugal y Rumania, y se introdujo en Bélgica, Chipre, Chequia, Eslovaquia y Países Bajos.
- En 2024, *Aedes aegypti* está establecido en Chipre y en varias regiones ultraperiféricas de la UE, como Madeira (Portugal) y las islas del Caribe francés.
- Desde 2010, cuando se registró el primer brote reciente de dengue, se han producido 48 brotes transmitidos por vectores. Entre 2010 y 2017, hubo hasta tres brotes por año, cinco brotes en 2018, siete en 2020, 10 brotes en 2022 y el pico se observó el año pasado en 2023, con ocho brotes en Francia, cuatro en Italia y dos en España.

Pueden consultarse los siguientes documentos relacionados con la temática:

[Enfermedades transmitidas por mosquitos: un riesgo creciente en Europa](#) (Publicación científica). 11 de junio de 2024.

[Enfermedades transmitidas por mosquitos: una amenaza emergente](#) (Infografía). 11 de junio de 2024.

[Fichas informativas sobre mosquitos.](#)

[Enfermedad por virus Chikungunya - Informe Epidemiológico Anual 2022.](#) 11 de junio de 2024.

[Dengue - Informe Epidemiológico Anual 2022.](#) 11 de junio de 2024.

[Malaria - Informe Epidemiológico Anual 2022.](#) 24 de abril de 2024.

[Enfermedad por el virus Zika - Informe Epidemiológico Anual 2022.](#) 11 de junio de 2024.

[Mapas de mosquitos.](#)

[Aedes aegypti - Distribución actual conocida: mayo de 2024.](#)

[Aedes albopictus - distribución actual conocida: mayo de 2024.](#)

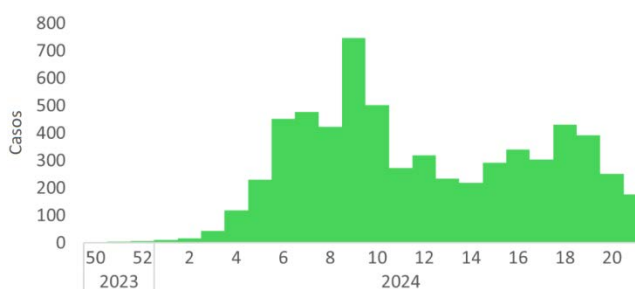
[Transmisión vectorial autóctona del virus Dengue en la UE continental y el EEE, 2010-presente.](#)

[Casos de fiebre chikungunya asociados a viajes: lugar de infección para los casos importados a la UE/EEE.](#)

[Casos de dengue asociados a viajes: lugar de infección de los casos importados a la UE/EEE.](#)

[Casos de enfermedad por el virus del Zika asociados a viajes: lugar de infección de los casos importados a la UE/EEE.](#)

Mauricio continúa respondiendo al brote de dengue declarado por el Ministerio de Salud y Bienestar el 11 de diciembre de 2023. Sin embargo, durante las últimas cuatro semanas –del 29 de abril al 26 de mayo– ha habido una disminución en los casos notificados, con 1.477 casos, incluida una muerte. De ellos, 1.251 casos (85,0%) y una muerte ocurrieron en la isla principal de Mauricio, mientras que 226 casos (15,0%) y ninguna muerte se notificaron en la isla autónoma de Rodrigues.



Casos confirmados de dengue. Isla principal de Mauricio. De semana epidemiológica 50 de 2023 a 21 de 2024. Fuente: Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud.

Al 26 de mayo de 2024, el número acumulado de casos confirmados asciende a 8.660, con nueve muertes notificadas y una tasa de letalidad de 0,1%. Mauricio informó 20 muertes adicionales atribuidas a comorbilidades, que son condiciones de salud preexistentes que pueden empeorar los efectos del dengue. Estas comorbilidades incluyen diabetes, hipertensión y enfermedades cardíacas, entre otras.

La isla principal de Mauricio representa 72,4% (6.268) de todos los casos notificados y las nueve muertes. La tasa de ataque acumulada es de 4,8 cada 1.000 habitantes. El brote alcanzó su punto máximo en esta isla en la semana epidemiológica (SE) 8 de 2024, con 747 casos, seguido de cifras fluctuantes, con 177 casos notificados en la SE 21. Las oficinas de salud más afectadas son Rivière du Rempart, Port Louis y Pamplemousses en el norte, con casos aislados reportados en toda la isla, principalmente de personas que trabajan en regiones altamente afectadas. La mayoría de los casos son adultos, con un aumento reciente en los mayores de 60 años. Además, 54,0% de los casos son hombres.

Hasta el 26 de mayo, la isla Rodrigues había registrado 2.392 casos confirmados, lo que representa 27,6% de los casos acumulados, con una tasa de ataque acumulada de 54,4 cada 1.000 habitantes. El pico del brote en la isla se alcanzó en la SE 9, con 312 casos. Posteriormente, el número de casos disminuyó gradualmente, reportándose 21 casos en la SE 21.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud y Bienestar lidera la respuesta al brote de dengue en Mauricio con el apoyo de varios sectores y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las reuniones estratégicas semanales coordinadas por el Ministro de Salud y Bienestar guían la respuesta.
- Los esfuerzos de vigilancia se han intensificado con sistemas de presentación de informes electrónicos en tiempo real, lo que garantiza un flujo de datos preciso y oportuno. Un grupo de trabajo de gestión de datos apoya las actividades de vigilancia y tiene iniciativas continuas de mejora de la calidad.
- Se han llevado a cabo evaluaciones de campo y misiones de capacitación *in situ* en la isla Rodrigues para fortalecer la capacidad local.

- La gestión de casos incluye la gestión domiciliaria y el seguimiento de los casos de dengue para garantizar una atención adecuada y reducir la presión sobre los centros de atención sanitaria.
- Se han intensificado las actividades de control de vectores, incluida la capacitación de 260 funcionarios de control de vectores con el apoyo de la OMS. Las visitas de campo semanales se centran en la búsqueda de sitios de reproducción, la educación comunitaria y la capacitación del personal de control de vectores.
- La OMS ha proporcionado apoyo logístico, incluidas pruebas rápidas de antígenos, cremas repelentes, respiradores, mosquiteros impregnados y kits de sensibilidad a insecticidas.
- Los esfuerzos de comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) se han fortalecido con la aprobación e implementación del plan RCCE, respaldado por un marco dinámico de evaluación de riesgos y un grupo de trabajo de gestión de datos.

Interpretación de la situación

El brote de dengue en Mauricio muestra una mayor carga de casos y muertes en la isla principal en comparación con Rodrigues. Ambas islas han disminuido los casos, lo que indica una tendencia a la baja en el brote. Sin embargo, el número de casos notificados en la isla principal sigue siendo elevado. La menor tasa de ataque de la isla principal sugiere una transmisión más generalizada pero menos intensa, mientras que Rodrigues tiene menos casos, con una tasa de ataque más alta, lo que indica un brote más concentrado. La disminución de los casos se puede atribuir a la respuesta intensificada del Ministerio de Salud y Bienestar y la reciente caída de las temperaturas en toda la isla.

La ciudad de Cape Town aconsejó a la población mantenerse alejada de las focas en la medida de lo posible y con efecto inmediato. Los Servicios Veterinarios Provinciales de Western Cape confirmaron el 7 de junio que un lobo marino de Cape Town (*Arctocephalus pusillus*) frente a la costa de Big Bay dio positivo en un análisis para detectar rabia. El animal murió el 22 de mayo y los resultados del laboratorio llegaron el 8 de junio.



Como tal, la población debe tomar precauciones adicionales para mantenerse alejada de los lobos marinos en la medida de lo posible y, bajo ninguna circunstancia, permitir que sus perros se acerquen a estos animales. Esta precaución se aplica a toda la costa de la Península de Cape Town. Se instó a cualquier persona mordida por un lobo marino a buscar atención médica inmediata y notificar a las autoridades pertinentes. Lo mismo se aplica a cualquier mascota mordida por un lobo marino. Se recomendó a los médicos de la línea directa del Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD) que recomienden la profilaxis post exposición a cualquier persona mordida por un lobo marino.

Las autoridades seguirán investigando y mantendrán informado al público.

El 31 de mayo de 2024 se había confirmado un caso de rabia en un perro que reside en la zona de Capri, en Southern Peninsula, Cape Town. El perro presentó síntomas como fiebre y aumento de la agresividad. Tanto el animal infectado como un perro más joven de la misma casa, que resultó herido, fueron sacrificados.

La fuente de la infección no está clara, ya que ninguno de los perros de la casa tenía antecedentes de viajes recientes fuera de la provincia. La rabia no es endémica en los animales salvajes de Cape Town; los casos más recientes en animales salvajes registrados en el pasado ocurrieron en el área de Paarl. Ya en ese momento se estaban investigando informes de lobos marinos que exhibían un comportamiento agresivo en la ciudad, pero no se encontró evidencia de infección de rabia en estos animales.

El principal riesgo de introducción de la rabia proviene del movimiento de perros infectados, que luego pueden propagar el virus mediante el contacto con otros perros en espacios públicos o a través de vallas.

El primer caso de rabia en un mamífero marino fue probablemente el informe de una foca anillada (*Pusa hispida*) en el Ártico. Se sugirió que esta foca puede haber sido mordida por un zorro ártico (*Vulpes lagopus*) rabioso. Desde entonces, los informes de rabia en pinnípedos (focas y leones marinos) han sido raros y se consideran desbordes (*spillovers*) accidentales sin transmisión posterior.

En Sudáfrica, circulan dos variantes principales del virus rábico en especies de las familias Canidae y Herpestidae (mangostas). La variante cánida infecta a perros domésticos, chacales de lomo negro (*Canis mesomelas*) y zorros orejados (*Otocyon megalotis*). La otra variante circula en diversas especies de herpéstidos diseminados por la meseta central del país. Sería interesante saber qué variante estaba presente en el lobo marino infectado.



UGANDA

NUEVO CASO DE FIEBRE HEMORRÁGICA DE CRIMEA-
CONGO, AHORA EN EL DISTRITO DE KASESE

10/06/2024

El Ministerio de Salud de Uganda informó de un nuevo caso confirmado de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, en el subdistrito sanitario de Busongora Norte, distrito de Kasese.

El caso confirmado corresponde a un joven de 29 años que refirió haber sufrido picaduras de garrapatas.

Llegó al centro de salud de Kaveera enfermo con dolor de cabeza, dolores musculares, mareos, náuseas y vómitos.

La muestra enviada al Instituto de Investigación de Virus de Uganda (UVRI) dio positivo para el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo mediante reacción en cadena de la polimerasa.

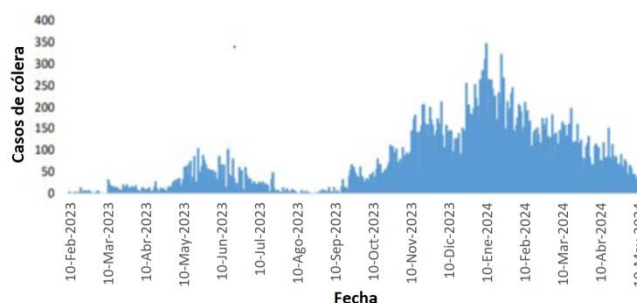
Este año, en total, se han notificado seis casos –dos confirmados y 4 probables– de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo y tres muertes entre los casos probables en dos de los 146 distritos del país: Kasese (un caso, sin muertes) y Nakaseke (cinco casos, tres muertes).

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una enfermedad muy extendida causada por un virus transmitido por garrapatas (*Nairovirus*) de la familia *Bunyaviridae*. Este virus causa brotes graves de fiebre hemorrágica viral, con una tasa de letalidad de 10 a 40%.

Los animales se infectan por la picadura de garrapatas infectadas y el virus permanece en el torrente sanguíneo durante aproximadamente una semana después de la infección, lo que permite que el ciclo garrapata-animal-garrapata continúe cuando otra garrapata pica. Aunque varios géneros de garrapatas pueden infectarse con el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, las garrapatas del género *Hyalomma* son el principal vector.

El virus se transmite a las personas por picadura de garrapata o por contacto con sangre o tejidos de animales infectados durante e inmediatamente después del sacrificio. La mayoría de los casos se han producido en personas relacionadas con la industria ganadera, como trabajadores agrícolas, trabajadores de mataderos y veterinarios. La transmisión de persona a persona es posible.

Zimbabwe está experimentando un brote de cólera desde febrero de 2024, con un total de 34.276 casos sospechosos, 3.964 casos confirmados por cultivo y 715 muertes notificadas hasta el 26 de mayo. De las 715 muertes, 87 fueron confirmadas mediante cultivo, y 628 estaban entre los casos sospechosos.



Durante el período que abarca el informe, el brote se ha extendido a 63 distritos de todo el país; el mayor número de casos confirmados se registró en las provincias de Harare (1.441 casos; 36%), Manicaland (1.285 casos; 32%), Mat North (280 casos; 7%) y Masvingo (279 casos; 7%). El aspecto más preocupante es la vulnerabilidad de ciertos grupos de población. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los niños, las mujeres en edad fértil, los declinantes religiosos, los mineros artesanales y los agricultores en entornos rurales siguen estando en alto riesgo: 51,0% de los casos acumulados corresponde a mujeres, mientras que 14% son niños menores de cinco años.

Casos diarios de cólera. Zimbabwe. Del 10 de febrero de 2023 al 10 de mayo de 2024. Fuente: Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud.

Los factores de riesgo del cólera en Zimbabwe son multifacéticos, incluidas fuentes de agua contaminadas, como pozos y agua con altos niveles de fluoruro, saneamiento e higiene inadecuados, acceso limitado a la atención médica y migración y movimiento de personas. Además, el escaso conocimiento sobre la transmisión y prevención del cólera y las objeciones religiosas a la vacunación también contribuyen a la propagación de la enfermedad.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud activó su sistema de gestión de incidentes al inicio del brote, lo que permitió una respuesta coordinada y eficaz y garantizó un despliegue rápido y sólido de recursos para contener la propagación de la enfermedad. El Ministerio de Salud convoca reuniones de coordinación dos veces por semana y garantiza la implementación efectiva de las medidas de intervención, fomentando una respuesta colaborativa y proactiva al brote.
- Durante este brote se realizó una campaña de vacunación oral contra el cólera con 2.121.784 personas vacunadas, logrando una tasa de cobertura de 92,0%. La campaña se dirigió específicamente a los 26 distritos con mayor número de casos notificados. Se ha lanzado una campaña intensificada de vacunación oral contra el cólera en el distrito de San-yati para proteger a las poblaciones de alto riesgo y prevenir una mayor propagación de la enfermedad en la zona.
- El Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, aumentó la capacidad de tratamiento y seguimiento de la enfermedad ampliando los centros de tratamiento del cólera y los puntos de rehidratación oral. Se lleva a cabo la capacitación continua a los trabajadores de la salud y se implementó la vigilancia basada en eventos a lo largo de las rutas migratorias. Se empleó vigilancia activa para rastrear y monitorear ca-

sos, contactos y puntos críticos. Además, se han perforado y reparado pozos de agua en el distrito de Buhera (17 pozos perforados, 20 reparados y seis equipados con paneles solares) para mejorar el acceso al agua potable y reducir el riesgo de transmisión del cólera.

- Se están recolectando muestras que se envían a laboratorios para realizar pruebas, confirmar casos de cólera y orientar los esfuerzos de respuesta para garantizar intervenciones específicas y efectivas.
- La información sobre el cólera se ha difundido a través de varios canales (llamadas callejeras, plataformas de radio comunitaria, redes sociales, rotafolios sobre el cólera y material de información, educación y comunicación, IEC) para llegar a una amplia audiencia e involucrar a los trabajadores de salud y voluntarios de la comunidad a través de una comunicación interpersonal intensificada para aprovechar a los miembros confiables de la comunidad en los esfuerzos de respuesta.
- Se están distribuyendo kits de artículos no alimentarios en las zonas afectadas para proporcionar materiales esenciales para los hogares, promover la higiene y prevenir la transmisión del cólera.

Interpretación de la situación

La trayectoria actual del brote de cólera en Zimbabwe muestra una tendencia constante a la baja desde principios de abril de 2024. A pesar de los esfuerzos por controlar el brote, persisten los desafíos, incluida una infraestructura inadecuada de agua, saneamiento e higiene, así como objeciones religiosas en curso, que continúan obstaculizando la respuesta y ponen a las comunidades en riesgo. La vigilancia continua y el rastreo de contactos son cruciales para monitorear el brote y prevenir una mayor transmisión. En general, la situación requiere esfuerzos sostenidos para controlar el brote, garantizar una gestión eficaz de los casos y prevenir una mayor transmisión mediante una mejor infraestructura de agua, saneamiento e higiene.

La pandemia de covid ha terminado, pero el virus que la causó todavía está enviando a miles de personas al hospital cada semana y generando nuevas variantes con una regularidad deprimente. La capacidad excepcional del virus para cambiar y evadir las defensas inmunitarias ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a recomendar actualizaciones anuales de las vacunas contra la covid.

Pero a algunos científicos les preocupa que el notable éxito de las primeras vacunas contra la covid pueda funcionar en contra de las versiones actualizadas, socavando la utilidad de un programa de vacunación anual. Un problema similar afecta a la campaña anual de vacunación contra la influenza; la inmunidad provocada por las vacunas contra la influenza de un año puede interferir con las respuestas inmunitarias en años posteriores, reduciendo la eficacia de las vacunas.

Un nuevo [estudio](#) aborda esta cuestión. A diferencia de la inmunidad contra el virus de la influenza, la inmunidad previa al SARS-CoV-2, el virus que causa la covid, no inhibe las respuestas posteriores a la vacuna. Más bien, promueve el desarrollo de anticuerpos ampliamente inhibidores.

El estudio muestra que las personas que fueron vacunadas repetidamente contra la covid (inicialmente recibieron dosis dirigidas a la variante original, seguidas de refuerzos y vacunas actualizadas dirigidas a las variantes) generaron anticuerpos capaces de neutralizar una amplia gama de variantes del SARS-CoV-2 e incluso algunos coronavirus lejanamente relacionados. Los hallazgos sugieren que la revacunación periódica contra la covid, lejos de obstaculizar la capacidad del cuerpo para reconocer y responder a nuevas variantes, puede hacer que las personas acumulen gradualmente una reserva de anticuerpos ampliamente neutralizantes que los protegen contra las variantes emergentes del SARS-CoV-2 y también contra algunas otras especies de coronavirus, incluso aquellas que aún no han surgido para infectar a los humanos.

La primera vacuna que recibe un individuo induce una fuerte respuesta inmune primaria que da forma a las respuestas a la infección y vacunación posteriores, un efecto conocido como "impronta". En principio, la impronta puede ser positiva, negativa o neutral. En este caso, se observa una fuerte impronta que es positiva, porque está acoplada al desarrollo de anticuerpos neutralizantes de reacción cruzada con una notable amplitud de actividad.

La impronta es el resultado natural de cómo funciona la memoria inmunológica. Una primera vacunación desencadena el desarrollo de células inmunitarias con memoria. Cuando las personas reciben una segunda vacuna bastante similar a la primera, se reactivan las células de memoria provocadas por la primera vacuna. Estas células de memoria dominan y dan forma a la respuesta inmune a la vacuna posterior.

En el caso de la vacuna contra la influenza, la impronta tiene efectos negativos. Las células de memoria productoras de anticuerpos desplazan a las nuevas células productoras de anticuerpos, y las personas desarrollan relativamente pocos anticuerpos neutralizantes contra las cepas de la vacuna más nueva. Pero en otros casos, la impronta puede ser positiva, al promo-

ver el desarrollo de anticuerpos de reacción cruzada que neutralizan las cepas tanto en la vacuna inicial como en las posteriores.

Para comprender cómo la impronta influye en la respuesta inmune a la repetición de la vacunación contra la covid, se estudiaron los anticuerpos de ratones o personas que habían recibido una secuencia de vacunas y refuerzos contra la covid dirigidos primero a la variante original y luego a la Omicron. Algunos de los participantes humanos también habían sido infectados naturalmente con el SARS-CoV-2.

La primera pregunta fue la fuerza del efecto de impronta. Se midió cuántos de los anticuerpos neutralizantes de los participantes eran específicos de la variante original, la variante Omicron o ambas. Se descubrió que muy pocas personas habían desarrollado anticuerpos exclusivos de Omicron, un patrón indicativo de una fuerte impronta tras la vacunación inicial. Pero también encontraron pocos anticuerpos exclusivos de la variante original. La gran mayoría de los anticuerpos neutralizantes tuvieron reacciones cruzadas con ambos.

La siguiente pregunta era hasta qué punto se extendía el efecto de reacción cruzada. Los anticuerpos de reacción cruzada, por definición, reconocen una característica compartida por dos o más variantes. Algunas características son compartidas sólo por variantes similares, otras por todas las variantes del SARS-CoV-2 o incluso por todos los coronavirus. Para evaluar la amplitud de los anticuerpos neutralizantes, se probó contra un panel de coronavirus, incluidos los virus SARS-CoV-2 de dos linajes de Omicron; un coronavirus de pangolines; el virus SARS-1 que causó la epidemia de SARS de 2002-03; y el virus del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS). Los anticuerpos neutralizaron todos los virus excepto el del MERS, que proviene de una rama del árbol genealógico de los coronavirus diferente a los demás.

Experimentos adicionales revelaron que esta notable amplitud se debía a la combinación de vacunas originales y variantes. Las personas que recibieron solo las vacunas dirigidas a la variante original del SARS-CoV-2 desarrollaron algunos anticuerpos de reacción cruzada que neutralizaron el coronavirus pangolín y el virus SARS-1, pero los niveles eran bajos. Sin embargo, después del refuerzo con una vacuna contra Omicron, aumentaron los anticuerpos neutralizantes de reacción cruzada contra las dos especies de coronavirus.

En conjunto, los hallazgos sugieren que la revacunación regular con vacunas contra la covid actualizadas contra variantes podría brindar a las personas las herramientas para combatir no solo las variantes del SARS-CoV-2 representadas en las vacunas, sino también otras variantes del SARS-CoV-2 y coronavirus relacionados, posiblemente incluidos algunos que aún no han surgido.

Al comienzo de la pandemia de covid, la población mundial era inmunológicamente naïve, lo que es parte de la razón por la que el virus pudo propagarse tan rápido y causar tanto daño. No se conoce con certeza si recibir cada año una vacuna actualizada contra la covid protegería a las personas contra los coronavirus emergentes, pero es plausible. Estos datos sugieren que si estos anticuerpos de reacción cruzada no disminuyen rápidamente, sería necesario seguir sus niveles a lo largo del tiempo para saberlo con certeza: pueden conferir protección parcial o incluso sustancial contra una pandemia causada por un coronavirus relacionado.

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: junio

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

mednet

Curso virtual

Uso de Antimicrobianos en Infecciones Odontogénicas

Directores:

Dra. Rosa Contreras, Dr. Javier Farina

Coordinador:

Dr. Fernando Mozún



Más info e inscripciones | www.mednet.com.ar

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.