

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la encefalitis equina del Oeste
- Santa Fe: Brote de triquinelosis en Acebal

## AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la enfermedad invasiva causada por estreptococos del grupo A
- Bolivia: Sexto caso de rabia canina en Sucre y lanzan una campaña masiva de vacunación

- Colombia: Más de 30 venezolanos contrajeron tuberculosis en Norte de Santander en 2024

- Estados Unidos: Elevado número de casos de tifus murino reportados en Pasadena, California

## EL MUNDO

- Afganistán: Tendencia creciente en los casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- Corea del Sur: Aumento en los casos de tos convulsa e infecciones por *Mycoplasma pneumoniae*

- España: La inmunización contra el VSR evitó unas 10.000 hospitalizaciones en esta temporada

- Europa: La Región no está preparada para enfrentar el desafío emergente de la leishmaniosis

- Filipinas: Primera detección de fiebre Q en el país, en cabras importadas de Estados Unidos

- Israel: Brote de fiebre del Nilo Occidental

- Nepal: Rápido aumento de los casos de dengue

- República Democrática del Congo: Nadie puede quedar atrás cuando se trata del sarampión

### 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

**sadi** Sociedad Argentina  
de Infectología  
WWW.SADI.ORG.AR

### Adherentes



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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

## Situación epidemiológica en animales

Desde la alerta emitida el 25 de noviembre de 2023 y hasta el 6 de junio de 2024, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó un total de 1.529 brotes de encefalitis equina del Oeste<sup>1</sup> en equinos en 17 provincias.

Provincia/Región	Positivo por laboratorio	Positivo por criterio C.E	Pendiente	Epizootia descartada	Negativo por laboratorio	Total positivos	Total general
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—	—	—	—
Buenos Aires	14	829	—	2	6	843	851
Córdoba	2	177	—	2	4	179	185
Entre Ríos	4	75	—	—	2	79	81
Santa Fe	3	209	—	—	3	212	215
Centro	23	1.290	—	4	15	1.313	1.332
Mendoza	5	3	—	—	2	8	10
San Juan	—	—	—	1	1	—	2
San Luis	1	4	—	1	1	5	7
Cuyo	6	7	—	2	4	13	19
Chaco	1	24	—	2	—	25	27
Corrientes	3	54	—	—	5	57	62
Formosa	1	14	—	—	2	15	17
Misiones	—	—	—	—	2	—	2
Noreste Argentino	5	92	—	2	9	97	108
Catamarca	1	—	—	—	2	1	3
Jujuy	—	—	—	1	2	—	3
La Rioja	3	1	—	—	1	4	5
Salta	1	2	—	—	1	3	4
Santiago del Estero	1	8	—	1	1	9	11
Tucumán	—	—	—	3	4	—	7
Noroeste Argentino	6	11	—	5	11	17	33
Chubut	1	8	—	—	—	9	9
La Pampa	3	39	—	—	2	42	44
Neuquén	1	1	—	1	1	2	4
Río Negro	2	34	—	—	—	36	36
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—
Sur	7	82	—	1	3	89	93
Total Argentina	47	1.482	—	14	42	1.529	1.585

Casos de encefalitis equina del Oeste en equinos, según jurisdicción. Argentina. Datos al 19 de junio de 2024.  
Fuente: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.

El 24 de enero se estableció en todo el territorio argentino la vacunación obligatoria contra las encefalomyelitis equinas del Este y del Oeste para todos los équidos que tengan al menos dos meses de vida, en el marco de la emergencia sanitaria por la enfermedad establecida mediante la Resolución 1219/2023.

La detección de casos en equinos tuvo su pico en la semana epidemiológica (SE) 49 de 2023, llegando a los 482 casos y disminuyó a menos de 30 casos semanales a partir de la SE 52, sos-

<sup>1</sup> Un brote puede involucrar a uno o más animales afectados.

teniéndose en descenso hasta la SE 6 de 2024, registrándose casos esporádicos desde entonces. Después de dos SE sin brotes, se detectó uno en la provincia de Chubut en la SE 16.

### Situación epidemiológica en humanos

Desde el inicio de la vigilancia epidemiológica en la SE 48 de 2023, hasta el 18 de junio de 2024 (SE 25) se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) 567 casos sospechosos en 21 provincias; se confirmaron hasta el momento 107 casos, 21 han sido clasificados como probables y 113 han sido descartados.

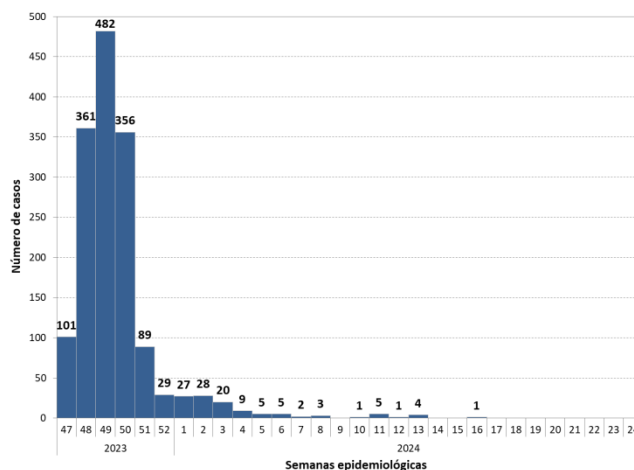
Desde la puesta en marcha de la vigilancia en la SE 48 de 2023, se registraron casos sospechosos en todas las semanas epidemiológicas. Se identificaron dos casos confirmados de forma retrospectiva, correspondientes a las SE 46 y 47. En un periodo de 22 SE (desde la SE 46 de 2023 hasta la SE 15 de 2024), se registraron casos confirmados y/o probables en todas las SE, a excepción de las SE 11 y 14 de 2024. El mayor número de casos positivos se registró entre la SE 51 de 2023 y la SE 5 de 2024. Desde hace ocho SE no se registran casos confirmados ni probables.

Los casos confirmados se identificaron en ocho jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2 casos) y las provincias de Buenos Aires (63), Santa Fe (20), Córdoba (10), Entre Ríos (6), Río Negro (4), La Pampa (1) y Santiago del Estero (1).

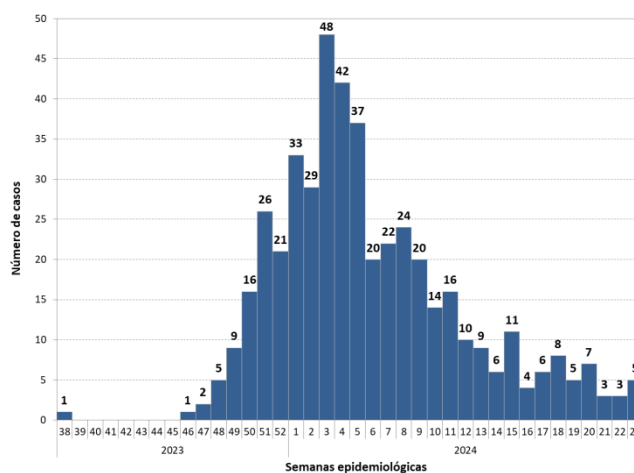
Se identificaron casos confirmados en todos los grupos etarios, con una mediana de edad de 58 años (rango de 4 meses a 81 años); el 60% de los casos se acumula en los grupos etarios de 50 a 69 años. Hasta el momento, 86% corresponde a personas de sexo masculino y 14% al sexo femenino.

Entre los casos confirmados, se registran hasta la fecha 12 fallecidos, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1) y las provincias de Buenos Aires (6), Santa Fe (2), Córdoba (1), Entre Ríos (1) y Río Negro (1).

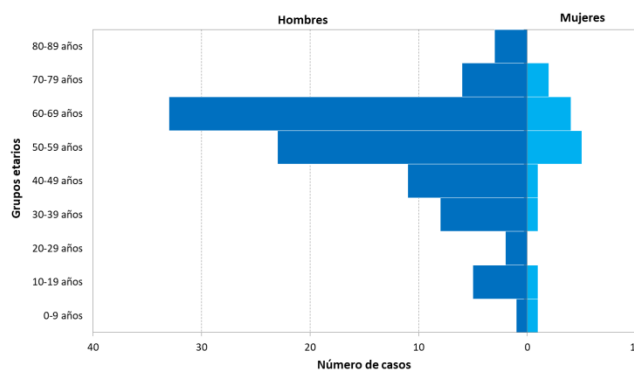
Ocho de los 12 fallecidos consignaron haber vivido, trabajado o visitado una zona rural o semirural; los cinco restantes se encuentran en investigación. Siete de los 12 fallecidos consignaron antecedentes de enfermedad previa o condición de riesgo (diabetes, enfermedad onco-



Casos positivos por laboratorio y clínica de encefalitis equina del Oeste en equinos. Argentina. De semana epidemiológica 47 de 2023 a 24 de 2024. Fuente: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.



Casos humanos confirmados, probables, sospechosos y no conclusivos de encefalitis equina del Oeste. Argentina. De semana epidemiológica 38 de 2023 a 23 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos humanos confirmados de encefalitis equina del Oeste. Argentina. De semana epidemiológica 46 de 2023 a 24 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

lógica, hipertensión arterial, enfermedad respiratoria crónica, entre otras). Las muertes se registraron en personas de entre 30 y 74 años, 10 de sexo masculino y dos de sexo femenino.

Provincia/Región	Confirmado	Probable	Sospechoso	Sospechoso no conclusivo	Descartado	Total
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	—	2	6	6	16
Buenos Aires	63	19	38	148	54	322
Córdoba	10	1	2	20	3	36
Entre Ríos	6	—	4	8	9	27
Santa Fe	20	1	9	64	18	112
<b>Centro</b>	<b>101</b>	<b>21</b>	<b>55</b>	<b>246</b>	<b>90</b>	<b>513</b>
Mendoza	—	—	—	2	6	8
San Juan	—	—	2	1	1	4
San Luis	—	—	3	1	—	4
Cuyo	—	—	5	4	7	16
Chaco	—	—	—	3	2	5
Corrientes	—	—	—	4	—	4
Formosa	—	—	—	—	1	1
Misiones	—	—	—	—	—	—
<b>Noreste Argentino</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
Catamarca	—	—	—	1	—	1
Jujuy	—	—	1	1	1	3
La Rioja	—	—	—	1	—	1
Salta	—	—	—	—	1	1
Santiago del Estero	1	—	1	—	3	5
Tucumán	—	—	—	—	1	1
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>12</b>
Chubut	—	—	—	—	—	—
La Pampa	1	—	—	1	2	4
Neuquén	—	—	—	—	1	1
Río Negro	4	—	—	3	3	10
Santa Cruz	—	—	—	—	1	1
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—
Sur	5	—	—	4	7	16
<b>Total Argentina</b>	<b>107</b>	<b>21</b>	<b>62</b>	<b>264</b>	<b>113</b>	<b>567</b>

Casos de encefalitis equina del Oeste en humanos, según jurisdicción. Argentina. De semana epidemiológica 48 de 2023 a 24 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

La Agencia Santafesina de Seguridad Alimentaria (ASSAL), junto a la Regional Granadero Baigorria y a la comuna de Acebal, se encuentran trabajando en la investigación de un brote de triquinosis asociado al consumo de productos alimenticios elaborados por un comercio local situado en calle Pellegrini 615 de la localidad de Acebal, con presunta fecha de elaboración 24 de abril y 16 de mayo de 2024.

En el marco de la investigación se tomaron muestras en dicho comercio, concluyendo los informes de laboratorio N° 47179 y N° 47182, correspondiente al producto alimenticio “chorizo seco”, como positivos para la presencia de *Trichinella spiralis*.

Según confirmó la ASSAL, se detectaron 39 casos en la localidad de Acebal, departamento Rosario, en el sur de Santa Fe, aunque todas esas personas afectadas evolucionan favorablemente.





### Resumen de la situación

*Streptococcus pyogenes*, también conocido como estreptococo del grupo A de la clasificación de Langlefield (EGA), es un grupo de bacterias grampositivas que causa un amplio espectro de infecciones. Se estima que son responsables de más de 500.000 defunciones anuales en todo el mundo.

Generalmente, el EGA produce enfermedades leves como amigdalitis y faringitis; en raras ocasiones pueden causar infecciones graves, como fascitis necrotizante, bacteriemia, artritis séptica, endometritis puerperal o neumonía. Aproximadamente, un tercio de estas infecciones invasivas se complican con el síndrome del choque tóxico estreptocócico.

El 15 de diciembre de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) compartió [información](#) sobre un aumento de casos de enfermedad invasiva por EGA y de escarlatina en Estados Miembros de la Región de Europa de la OMS, que había generado algunas defunciones, especialmente en niños menores de 10 años. El 19 de diciembre de 2022, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicó una [nota informativa](#) sobre un aumento de la ocurrencia de casos de enfermedades producidas por EGA en Uruguay.

El 28 de noviembre de 2023, la OPS/OMS publicó una [alerta epidemiológica](#) a raíz de un aumento de casos de enfermedad invasiva por EGA en Argentina.

A continuación, se describe la situación epidemiológica en países seleccionados de la Región de las Américas:

### Argentina

En el [boletín epidemiológico nacional](#) de la semana epidemiológica (SE) 10 de 2024, se actualizó la situación del EGA en el país. Los casos confirmados de infección invasiva por *S. pyogenes* durante todo 2023 ascendieron a 926, de los cuales 134 (14,4%) fallecieron. En cuanto a la distribución por grupos etarios, 46,7% de los casos confirmados en 2023 correspondió a menores de 16 años, y 28,4% a mayores de 50 años, con una mediana de 20 años. Respecto de los casos fallecidos, el 32,1% corresponde a menores de 16 años y 47,0%, a mayores de 50 años, con una mediana de 46,5 años.

Las tasas de incidencia más elevadas por grupo etario se observaron en los extremos de la vida: en primer lugar, los niños menores de 10 años y en segundo, los adultos mayores de 80 años. El mayor número de casos absolutos se observó en menores de 10 años, seguido del

grupo de 10 a 19 años, concentrando entre ambos 49,6% de los casos. En relación con la distribución territorial durante 2023, las tasas de incidencia más elevadas se registraron en las regiones de Cuyo (4,6 cada 100.000 habitantes) y Sur (3,9 cada 100.000 habitantes). La tasa de incidencia acumulada para 2023 a nivel nacional fue de 1,9 casos cada 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad de 0,29 cada 100.000 habitantes.

## Chile

El 27 de mayo de 2024, el Ministerio de Salud de Chile declaró una [alerta](#) ante el aumento de cepas confirmadas por el Instituto de Salud Pública (ISP) durante el año 2024.

En el [boletín de la vigilancia](#) de laboratorio de enfermedad invasiva por *S. pyogenes* publicado el 31 de mayo por el Instituto de Salud Pública de Chile, con [actualización](#) de la información hasta el 15 mayo del 2024, se describe un aumento progresivo de cepas confirmadas entre los años 2014 y 2019, registrando 108 y 204 cepas, respectivamente. Durante los años de la pandemia de covid, se reportó una disminución del número de cepas confirmadas para los años 2020 (n= 83), 2021 (n= 46) y 2022 (n= 82), respectivamente. Sin embargo, en el año 2023 se registró un aumento con 192 cepas confirmadas de EGA, principalmente durante los últimos meses del año. En 2024, hasta el 15 de mayo, se confirmaron 162 cepas, las que se concentran principalmente en las regiones Metropolitana, Valparaíso y Biobío.

Durante el periodo 2014/2023, el fenotipo dominante fue de resistencia a macrólidos, lincosaminas y estreptograminas B en su expresión inducible (MLSBind), con 84,6% de las cepas analizadas, seguido por el mismo fenotipo, pero con su expresión constitutiva (MLSBconst) con 12,1% y fenotipo donde solo se ven afectados los macrólidos (M) con un 3,4%. En relación con el fenotipo MLSBind, el serotipo M4T4 presentó la frecuencia más elevada, con 67,5%. Respecto al total de cepas analizadas en el período, los serotipos más frecuentes fueron: M1T1 (21,0%), M12T12 (12,4%) y M4T4 (10,3%). Destaca el aumento de los serotipos M12T12, M49T14/49, M43T13 y M76T12 entre los años 2014 y 2023.

## Uruguay

Durante 2023, se detectaron 66 casos de infección invasiva por *S. pyogenes*, de los cuales 20 (30,3%) fallecieron. Los grupos de edad más afectados fueron los de 6 a 10 años (19,9%) y los mayores de 60 años (28,8%). La tasa de incidencia fue de 1,85 casos cada 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad de 0,56 cada 100.000 habitantes. Los departamentos más afectados fueron Montevideo con 42 casos y Soriano con cinco casos. En el año 2024, hasta la SE 8, se notificaron cinco casos y una defunción.

---

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



Zoonosis confirmó el 24 de junio el sexto caso de rabia canina en Sucre, por lo que llamó a la población a asumir conciencia e inmunizar a sus mascotas contra la enfermedad.

“El caso ha sido reportado en el Distrito 3, en el barrio Los Pinos. Es un perro de ocho meses de edad, con propietarios, pero que no contaba con la vacuna antirrábica correspondiente”, informó la responsable municipal de Zoonosis, Martha Victoria Sandi Huaylla.



Luego de que el animal presentara los síntomas de la enfermedad, sus propietarios decidieron aplicarle la eutanasia con un veterinario particular.

Sandi Huaylla informó que el personal de Zoonosis intensificó la vacunación contra la rabia en esa zona por ese caso.

### **Campaña de vacunación**

Por otro lado, la responsable de Zoonosis confirmó que el 30 de junio tendrá lugar una nueva campaña de vacunación contra la rabia canina en Sucre, por lo que señaló que los preparativos ya se encuentran en marcha. “Se está llevando a cabo la distribución a todas las cabeceras de distrito de todos los insumos para la campaña de vacunación, en jornada continua. El 30 de junio se vacunará de 8:00 a 16:00 horas a perros y gatos a partir del mes de vida. Llamamos a la conciencia y responsabilidad de los propietarios, para que lleven a sus animales a los puntos de vacunación”, exhortó Sandi Huaylla.

La administración municipal espera vacunar a unos 95.000 perros y gatos en esta campaña.



Al menos 32 venezolanos figuran entre los casos de tuberculosis registrados en lo que va del año 2024 en el departamento colombiano de Norte de Santander. Hasta el 15 de junio se contabilizaron 345 contagios solo en esa región.

La ciudad de Cúcuta, fronteriza con el estado venezolano de Táchira, presenta el índice más alto de contagios con al menos 80% de los casos documentados en el departamento. Cúcuta registra un aproximado de 263 casos, los municipios de Villa del Rosario, Tibú y Ocaña, siguen en la lista con 12, 11 y 10 casos respectivamente.



De acuerdo con la Secretaría de Salud Municipal de Cúcuta, estas cifras muestran un aumento en la incidencia de casos de tuberculosis en comparación con el mismo periodo de 2023.

Las autoridades sanitarias atribuyeron el aumento de los casos en parte a la crisis migratoria desde Venezuela, debido a que se trata de una población vulnerable, con acceso limitado al sistema de salud y que puede vivir en condiciones propicias para el contagio de esta enfermedad. No obstante, los casos de migrantes venezolanos representan poco menos de 10% de los contagios.

Otra población afectada por el brote de tuberculosis es la de la etnia indígena Barí, de la cual 12 personas se han contagiado en lo que va del año.

### **Foco de infección en una cárcel**

Se estima que 30% de los casos de tuberculosis documentados en Norte de Santander se registraron dentro de la Cárcel Modelo de Cúcuta.

“Actualmente hay en tratamiento 62 pacientes, de los cuales 21 están en fase intensiva, 37 en fase de continuación y cuatro son resistentes. En aislamiento se encuentran seis pacientes en la unidad de tratamiento especial (UTE); los casos restantes son cuatro en libertad, un traslado a otro departamento (Ipiales), uno en condición de prisión domiciliaria y un fallecido”, reseñó un informe de la Secretaría de Salud Municipal de Cúcuta.

El Instituto Departamental de Salud (IDS) anunció una serie de medidas para mitigar el impacto que está causando el brote de tuberculosis en la entidad. Entre ellas destacó la captación rápida de los casos sintomáticos para derivarlos a centros de atención.

Asimismo, el IDS solicitó una revisión de los inventarios de tratamientos de tuberculosis en los centros que prestan servicios de salud en los municipios de Norte de Santander.



El Departamento de Salud Pública de Pasadena (PPHD) ha sido notificado de un número elevado de casos de tifus murino en la ciudad en comparación con otros años, y alentó a la comunidad a tomar medidas para prevenir más infecciones.

Generalmente, se reportan de uno a cinco casos de tifus murino en Pasadena cada año, y la mayoría de los casos ocurren en el verano u otoño. Sin embargo, en 2024, ocho residentes de Pasadena ya han sido reportados con tifus murino. Todos los casos reportados han recibido tratamiento y se han recuperado.

En Pasadena, las pulgas infectadas son transportadas principalmente por gatos salvajes y zarigüeyas. Las personas que interactúan regularmente con estos animales están en riesgo. Los perros y gatos domésticos salen al exterior pueden encontrarse con pulgas infectadas y exponer a sus dueños a estas pulgas. El tifus murino se puede tratar con antibióticos y tiene una buena recuperación; sin embargo, se informaron tres muertes por tifus murino en 2023 en el condado de Los Ángeles. Las mascotas y los animales silvestres no enferman de tifus murino.

Existen formas sencillas de prevenir la propagación del tifus murino:

- Reducir los desechos del jardín y recortar la vegetación excesiva para desalentar la presencia de animales salvajes como gatos y zarigüeyas.
- No dejar comida para mascotas al aire libre
- No proporcionar comida ni agua a los animales salvajes.
- Mantener los contenedores de basura bien tapados.
- Sellar todas las aberturas y espacios de acceso debajo de la casa.
- Tratar periódicamente a perros y gatos con productos pulguicidas.

El tifus se diagnostica mediante síntomas clínicos y un análisis de sangre. Los proveedores de salud locales deben informar a cualquier residente de Pasadena con un diagnóstico sospechado o confirmado de tifus murino al PPHD.

El tifus murino –también llamado tifus transmitido por pulgas o tifus endémico– es una enfermedad causada por la bacteria *Rickettsia typhi*. Se transmite a las personas a través del contacto con pulgas infectadas, más comúnmente la pulga oriental de la rata (*Xenopsylla cheopis*) y la pulga del gato (*Ctenocephalides felis*). Las pulgas se infectan cuando pican a animales infectados, como ratas, gatos o zarigüeyas. Una vez infectada, la pulga permanece de esa manera por el resto de su vida.

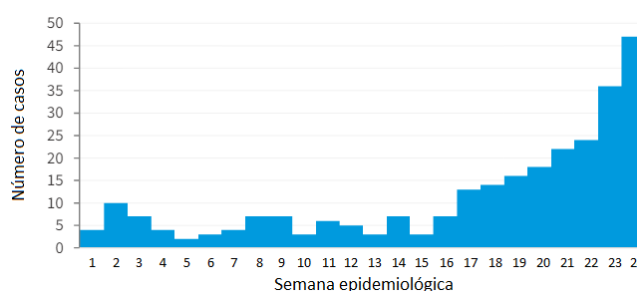
Cuando una pulga infectada pica a una persona o un animal, la picadura rompe la piel y provoca una herida. Las pulgas defecan cuando se alimentan. Las deposiciones contienen la bacteria, y al frotarse en la herida de la picadura u otras heridas puede causar la infección. Sin embargo, menos de 5% de los pacientes recuerdan haber sufrido una picadura de pulga o haber estado expuestos a pulgas en la semana o dos semanas anteriores al inicio de los síntomas. Las personas también pueden respirar la suciedad de las pulgas infectadas o frotarla en sus ojos. Esta bacteria no se transmite de persona a persona.

El tifus murino ocurre en muchos climas tropicales, subtropicales y templados de todo el mundo, incluidos varios países del Sudeste Asiático, África, América Central y del Sur, el sur de Europa y Medio Oriente. En Estados Unidos, el sur de California, Hawai'i y el sur de Texas reportan la mayoría de los casos, aunque es probable que ocurran casos en otros estados. En los pocos estados que reportan esta enfermedad, el número de casos ha aumentado significativamente desde 2008, lo que sugiere que el tifus murino puede considerarse una enfermedad infecciosa reemergente en ciertas áreas del país.

Los síntomas del tifus murino comienzan entre 3 y 14 días después del contacto con pulgas infectadas o suciedad de pulgas. Los factores de riesgo incluyen el tiempo que se pasa al aire libre o el contacto con determinados animales, especialmente ratas, zarigüeyas o gatos callejeros. Los signos y síntomas del tifus murino pueden incluir: fiebre y escalofríos; dolores corporales y musculares; dolor de cabeza; pérdida de apetito; náuseas; vómitos; dolor de estómago; tos; y erupción (ocurre en aproximadamente la mitad de los pacientes y suele comenzar alrededor del quinto día de la enfermedad).

Algunas personas pueden sufrir enfermedades graves, pero las muertes son raras (menos de 1% de los casos). La mayoría de los casos se resuelve completamente con los antibióticos adecuados. Si la enfermedad no se trata rápidamente, algunas personas pueden necesitar hospitalización. El tifus murino puede causar una enfermedad grave, incluida la muerte, y daño a los órganos.

El número de casos sospechosos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo muestra en Afganistán una tendencia creciente gradual durante las últimas nueve semanas epidemiológicas (SE). Este reciente aumento debe ser monitoreado de cerca para identificar brotes potenciales y guiar adecuadamente las intervenciones de salud pública.



Casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. Afganistán. Año 2024, hasta semana epidemiológica 24. Fuente: Organización Mundial de la Salud. (n=272).

Durante la SE 24 de 2024, se notificaron 47 nuevos casos sospechosos, con tres muertes asociadas. Estas tres nuevas muertes fueron todas en mayores de cinco años, una de ellas, una mujer; se reportaron en dos provincias: Kabul (2) y Kunduz (1).

En lo que va de 2024, se notificó un total de 272 casos sospechosos, con 11 muertes asociadas (tasa de letalidad de 4,0%). Todos los casos sospechosos se registraron en mayores de cinco años; de ellos 83 eran mujeres (30,5%).

De las 11 muertes seis corresponden a mujeres, y fueron reportadas en las provincias de Kabul (5), Balkh (4) y Kunduz (2).

En lo que va de 2024, se ha analizado un total de 191 muestras de casos sospechosos, de las cuales 38 fueron positivas (tasa de positividad de 19,9%) notificadas en seis provincias; Kabul (32), Balkh (2), Kapisa (1), Helmand (1), Paktika (1) y Qundūz (1).

En 2024, la mayor incidencia acumulada cada 100.000 habitantes se registra en la provincia de Balkh (2,8), seguida de las de Kapisa (2,7), Kabul (1,7) y Jawzjan (1,2).

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una enfermedad muy extendida causada por un virus transmitido por garrapatas (*Nairovirus*) de la familia *Bunyaviridae*. 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 son capaces de infectarse con el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, las del género *Hyalomma* son el principal vector.

El virus se transmite a las personas a través de las picaduras de garrapatas 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.

El virus está muy extendido en algunos países de África y Asia, los Balcanes, Medio Oriente y el sur de la parte europea de Rusia.

La Agencia de Control y Prevención de Enfermedades de Corea del Sur informó que los casos de tos convulsa se han triplicado en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE).

En las últimas cuatro SE se notificaron 1.784 casos, de los que 1.656 (92,8%) tenían entre 7 y 19 años de edad; 1.171 (65,6%) tenían entre 13 y 19 años, y 485 (27,2%) entre 7 y 12 años.

Las regiones que más casos notificaron son Gyeonggi (477 casos; 26,7%), Gyeongnam (467 casos; 26,2%), Incheon (210 casos; 11,8%) y Seoul (110 casos; 6,2%).

En 2024, hasta el 15 de junio, el número acumulado de pacientes –2.537, incluidos los casos sospechosos– ya es 2,5 veces mayor que el número anual de pacientes de 2018 (980 casos), cuando la tos convulsa era muy prevalente, antes de la epidemia de covid.

En Corea del Sur, la tasa de vacunación contra la tos convulsa en bebés y niños pequeños es alta, superior a 95% (97,3% para niños de 1 año y 96,8% para estudiantes de escuela primaria) y, a pesar de la epidemia en curso, no se han producido muertes ni complicaciones como enfermedades graves. Se han reportado neumonías.

Las autoridades también informaron que el número de pacientes hospitalizados con infección por *Mycoplasma pneumoniae* aumentó 1,7 veces en comparación con el pico de la epidemia invernal en 2023.

Entre los pacientes hospitalizados durante las últimas cuatro semanas, 77,7% tenían entre 1 y 12 años (49,9% entre 7 y 12 años, 27,8% entre 1 y 6 años).

El número de pacientes hospitalizados (1.451) durante las últimas cuatro semanas entre las 220 instituciones médicas que participan en la vigilancia de muestras a nivel hospitalario, con 200 camas o más, en todo el país es aproximadamente tres veces mayor que en el mismo período de 2019 (521), antes de la pandemia de covid, y el año pasado.

En consulta con el Ministerio de Salud y Bienestar, la Agencia de Prevención y Control de Enfermedades de Corea decidió emitir un aviso epidémico de infección por *Mycoplasma pneumoniae* a partir de este año con el fin de informar rápidamente a las instituciones médicas sobre la situación epidémica de esta patología.



Éxito de la campaña de inmunización contra las infecciones por el virus sincicial respiratorio (VSR) en la población infantil en su primera temporada de administración.

El VSR es la principal causa de infecciones en las vías respiratorias inferiores en la población infantil menor de un año, especialmente las relacionadas con bronquiolitis y neumonía. En España, esta gran carga de enfermedad hace que las infecciones causadas por el VSR provoquen todos los inviernos una importante sobrecarga asistencial, tanto en atención primaria, como en urgencias y hospitales.

Por primera vez, en la temporada 2023-2024 ha estado disponible una nueva medida de prevención. Se trata de un anticuerpo monoclonal, nirsevimab, con muy buen perfil de seguridad y eficacia, que ha sido recomendado desde la Ponencia de Vacunas y ha sido administrado en España de forma sistemática a la población infantil menor de 6 meses, y a aquella con alto riesgo de enfermedad grave. La aceptación de la inmunización ha sido muy buena. De hecho, se han alcanzado coberturas superiores a 90%.

El Ministerio de Sanidad, junto con las Comunidades Autónomas y el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud 'Carlos III', en el marco de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, han evaluado la efectividad y el impacto de esta medida para la prevención de la infección grave por VSR, definida como aquella que requiere hospitalización para su tratamiento.

Los resultados estiman que esta inmunización redujo el riesgo de hospitalización asociada al VSR en un 83% en los menores de 6 meses inmunizados, confirmando la eficacia que se había observado en los ensayos clínicos previos.

A nivel poblacional, en el grupo de menores de 1 año, se ha observado una reducción de 75% en el número de hospitalizaciones respecto a las que se estimaba que se iban a producir en este grupo. Esto se traduce en cerca de 10.000 hospitalizaciones evitadas.

España ha sido el primer país a nivel mundial en aplicar nirsevimab de forma tan extensiva, y gracias al compromiso de los profesionales sanitarios y la confianza de padres y madres en esta medida de prevención, se han logrado altas coberturas, lo que, unido a su elevada efectividad, ha resultado en un gran impacto en la reducción de la carga de enfermedad por este virus en el país y de la sobrecarga asistencial asociada.

En las últimas décadas, el aumento de los casos de enfermedades tropicales transmitidas por vectores, como el [dengue](#), la [malaria](#) y la fiebre chikungunya, han elevado la preocupación por que este tipo de patologías se extiendan por Europa. Los factores climáticos [afectan directamente](#) a la expansión y distribución de los insectos que transmiten patógenos, ya que su ciclo de vida y supervivencia están ligados a la temperatura y a la humedad.



Ilustración 3D de los parásitos que causan la leishmaniosis.

## Una enfermedad con varias caras

Entre las enfermedades tropicales cuya incidencia ha aumentado debido al calentamiento global se encuentra la leishmaniosis, incluida en la [lista de enfermedades tropicales desatendidas de la Organización Mundial de la Salud](#). En realidad, es un conjunto de dolencias causadas por el parásito *Leishmania*, transmitido por la picadura de insectos llamados flebótomos. Son más pequeños y peludos que los mosquitos, con alas que mantienen en forma de “V” cuando están en reposo.

La leishmaniosis presenta [diversas manifestaciones clínicas](#). Mientras que la forma cutánea causa llagas en la piel que pueden convertirse en úlceras dolorosas, la variante mucocutánea afecta a las membranas de la nariz, la boca y la garganta, causando heridas que pueden desfigurar al paciente. Pero la modalidad más grave es la visceral, que afecta a órganos internos como el hígado y el bazo, provocando fiebre, pérdida de peso y anemia y, si no se trata a tiempo, la muerte.

A diferencia de otras infecciones tropicales, está presente en los países del sur de Europa como leishmaniosis zoonótica, es decir, transmitida de los animales a los humanos. Causada por la especie *Leishmania infantum*, su principal reservorio doméstico es el perro.

Se distribuye en focos, zonas en las que se dan las condiciones ambientales y epidemiológicas para la transmisión del parásito, con presencia de flebótomos y una alta prevalencia en perros. Los principales afectados son niños pequeños y adultos inmunodeprimidos.

## Expansión inquietante por Europa

En los últimos años, se ha observado un aumento de la incidencia en zonas endémicas de Europa como [Portugal](#), el [norte de Italia](#), [Grecia](#) o [los Balcanes](#). Sin embargo, una [encuesta](#) reciente realizada del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) reveló que la leishmaniosis no es de declaración obligatoria en todos los países con casos autóctonos y que pocos vigilan y controlan las infecciones tanto en animales como en humanos.



Esta falta de preparación y una actitud más reactiva que preventiva por parte de los gobiernos europeos han contribuido significativamente a la propagación de la enfermedad.



El incremento de casos se ha asociado directamente al calentamiento global: se calcula que una subida media de 1°C en la temperatura del aire produce un aumento significativo de la incidencia. Las condiciones más calurosas favorecen la supervivencia y actividad de los flebótomos, la densidad de sus poblaciones, la tasa de picaduras y la maduración del parásito en su interior. Los veranos prolongados amplían el periodo de transmisión y el riesgo de infectar a los hospedadores, humanos o caninos.

El calentamiento global también facilita el desplazamiento de las poblaciones de vectores hacia el norte, lo que permite la transmisión local a partir de casos importados en zonas antes no endémicas. Actualmente, los flebótomos ya se extienden por toda la península ibérica, el norte de Italia y los Balcanes, llegando hasta Alemania. Es previsible que su expansión continúe en los próximos años.

El calentamiento global también facilita el desplazamiento de las poblaciones de vectores hacia el norte, lo que permite la transmisión local a partir de casos importados en zonas antes no endémicas. Actualmente, los flebótomos ya se extienden por toda la península ibérica, el norte de Italia y los Balcanes, llegando hasta Alemania. Es previsible que su expansión continúe en los próximos años.

### **La movilidad agrava el problema**

Junto con el cambio climático, otro factor agravante es la creciente movilidad de personas y mascotas, incluidos los viajes y la migración forzada. Aunque se ha planteado que la llegada de refugiados a Europa podría representar un riesgo para la introducción de nuevas especies de *Leishmania* (como *L. tropica* y *L. donovani*), estas especies ya están presentes de forma esporádica en Grecia y Chipre.

El mayor riesgo es el desplazamiento de millones de turistas del norte a la costa mediterránea. Este movimiento afecta no solo a las personas, sino también a las mascotas: un gran número de perros infectados viven en zonas no endémicas y pueden convertirse en la fuente de parásito para establecer un foco local de transmisión.

Otro factor asociado con el aumento de la leishmaniosis en Europa es el incremento del número de personas inmunodeprimidas. Al igual que en la década de 1990, cuando la coinfección VIH-*Leishmania* dio lugar al resurgimiento de la leishmaniosis en el sur de Europa, buena parte de los nuevos casos se declaran en personas que han recibido un trasplante de órgano sólido o están bajo tratamiento inmunosupresor. Estas circunstancias aumentan su susceptibilidad a desarrollar la enfermedad en caso de infección.

Así, el brote de leishmaniosis detectado en Göteborg (Suecia) entre personas bajo tratamiento inmunosupresor que estuvieron de vacaciones en la costa mediterránea destaca los altos niveles de transmisión. Estos podrían pasar inadvertidos si no fuera por la mayor susceptibilidad de estos pacientes.

Una amenaza adicional es la aparición de resistencias en el parásito a los pocos fármacos disponibles. En Europa, es habitual tratar a los perros con leishmaniosis canina, pero el tratamiento no siempre es efectivo y los animales recaen. Esto lleva a que el parásito acumule resistencias con el tiempo y afecte también a los tratamientos en personas.

Además, es posible que los parásitos propaguen la resistencia dentro de los flebótomos. Este proceso puede ocurrir sin intervención farmacológica directa, ya que los parásitos sensibles



pueden transformarse en resistentes al entrar en contacto con otros parásitos resistentes provenientes de animales o humanos tratados durante su ciclo dentro del vector.

### **Es necesario cambiar de actitud**

Hace falta entender la leishmaniosis como una preocupación creciente de salud pública en Europa. Es fundamental establecer intervenciones para reducirla y controlarla, como la vigilancia de los casos humanos y caninos, la distribución de los flebótomos, la susceptibilidad a fármacos del parásito y la emergencia de leishmaniosis en regiones previamente no endémicas.

En definitiva, los gobiernos tienen la oportunidad de adoptar una postura preventiva en lugar de reactiva. Eso les permitirá anticiparse y estar mejor preparados para enfrentar los desafíos que presenta esta enfermedad.

El 21 de junio, la Oficina de Industria Animal (BAI) de Filipinas informó el primer caso de fiebre Q, una enfermedad zoonótica. La fiebre Q, causada por la bacteria *Coxiella burnetii*, que infecta a cabras, ovejas y vacas, fue detectada en un criadero gubernamental en Marinduque.



El subsecretario del Departamento de Agricultura, Arnel De Mesa, dijo que “cuando se confirmó que las cabras importadas y traídas a Marinduque dieron positivo para la fiebre Q, el Secretario de Agricultura, Francisco Tiu Laurel, ordenó inmediatamente la despoblación y el decomiso, incluso para las áreas bajo cuarentena en Pampanga”.

Eran 66 las cabras que formaban parte de los animales importados de Estados Unidos, pero también se han rastreado otros animales dentro de un radio de 500 metros alrededor del área de vigilancia para su despoblación. Se sacrificó un total de 94 cabras importadas para evitar la propagación de la enfermedad. “El 21 de junio terminó la despoblación de cabras y vacas en la zona de vigilancia, pero el rastreo de contactos continúa”, añadió.

De Mesa dijo que la Fiscalía impondría una prohibición temporal a la importación de cabras de Estados Unidos hasta que se haya rastreado la fuente de la enfermedad. “Continuaremos nuestra investigación para garantizar que esto no vuelva a suceder, porque es la primera vez que confirmamos un caso de fiebre Q en Filipinas”, dijo.

Las cabras importadas llegaron a Filipinas el 11 de enero y fueron llevadas a las instalaciones de Pampanga para una cuarentena obligatoria de 30 días, así como para muestras y pruebas de sangre. Los resultados positivos para fiebre Q se conocieron el 6 de febrero. Sin embargo, algunas cabras fueron trasladadas a Marinduque, donde se sometieron a una serie separada de pruebas el 11 de marzo.

La primera prueba de confirmación que utilizó la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) resultó positiva el 19 de junio, seguida de un resultado similar para la prueba de confirmación final el 20 de junio.

La BAI aseguró a la población que estaban “llevando a cabo una vigilancia exhaustiva” y adquiriendo reactivos adicionales de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), para analizar los casos sospechosos.

“Nuestra principal prioridad es la salud y la seguridad tanto de los animales como de los humanos”, dijo Christian Daquigan, jefe de la División Nacional de Servicios de Cuarentena Veterinaria de la BAI. “Continuaremos monitoreando de cerca la situación y tomaremos todas las acciones necesarias para controlar los casos”.

El Departamento de Salud está coordinando el monitoreo de las personas que residen en el área afectada, especialmente los trabajadores agrícolas.

## Amenaza para la salud y la agricultura

El Departamento de Agricultura manifestó que la fiebre Q podría ser una grave amenaza para la agroindustria local. “Esta es una seria amenaza para nuestra industria. El secretario Francisco Tiu Laurel mencionó que la fiebre Q debe tomarse en serio porque, aunque es una enfermedad zoonótica leve, puede transmitirse a otras personas y a nuestros rumiantes”, dijo De Mesa.

Señaló que este es el primer caso de fiebre Q en el país y debe ser reportado a la Organización Mundial de Sanidad Animal, ya que las cabras ya abandonaron las instalaciones gubernamentales antes de los resultados positivos. Dijo que están investigando posibles responsabilidades del importador de las cabras.

Están considerando la posibilidad de incluir al importador en una lista negra si se determina que fue negligente.

---

La fiebre Q –o coxielosis– es una zoonosis que ocurre en la mayoría de los países. Los humanos generalmente adquieren la infección a través de la transmisión aérea desde reservorios animales, especialmente de rumiantes domésticos, pero también otros animales domésticos y silvestres (mascotas, conejos, pájaros, etc.) pueden estar involucrados. El agente causal es la bacteria intracelular obligada, *Coxiella burnetii*, que presenta diferentes formas morfológicas en su ciclo de desarrollo. Algunas formas pueden sobrevivir extracelularmente e incluso acumularse en el ambiente. Toda manipulación de material potencialmente infectado o contaminado debe realizarse con un nivel apropiado de bioseguridad y contención determinado por un análisis de riesgo biológico.

En los seres humanos, la enfermedad presenta un gran polimorfismo. La fiebre Q se presenta como forma aguda o como forma crónica grave después de una infección temprana que puede pasar desapercibida. La forma aguda se resuelve con bastante rapidez después de una terapia antibiótica adecuada, pero la forma crónica requiere una terapia antibiótica prolongada (durante dos años o más), junto con un seguimiento serológico. En Australia, hay una vacuna disponible para los grupos de población expuestos profesionalmente.

En los rumiantes domésticos, la fiebre Q se asocia principalmente con abortos esporádicos o brotes de abortos y crías muertas o débiles, seguidas de una recuperación sin complicaciones. Además, los datos sugieren que la fiebre Q desempeña un papel en la infertilidad o en problemas como la metritis en el ganado. La infección por *C. burnetii* persiste durante varios años y probablemente dure toda la vida. Las ovejas, las cabras y las vacas son principalmente portadores subclínicos, pero pueden eliminar bacterias en diversas secreciones y excrementos.

Deben implementarse medidas para el control de la fiebre Q animal, particularmente para los rumiantes domésticos. Solo una combinación de medidas es efectiva. Entre estas opciones se podrían utilizar la vacunación preventiva, el manejo del estiércol, cambios en las características de la finca, manejo de la esquila de lana, área de cría segregada, remoción de material de riesgo, prohibición de visitas, control de otros reservorios animales y garrapatas. Además, el sacrificio de animales preñados, una prohibición temporal de reproducción, la identificación y el sacrificio de rebaños que se han mudado y el control de los movimientos de los animales pueden desempeñar un papel frente a los brotes humanos.

Actualmente hay 32 pacientes en Israel que han contraído el virus del Nilo Occidental, 27 de los cuales están hospitalizados, reveló el Ministerio de Salud el 24 de junio.

De los 27 hospitalizados, tres están intubados. Dos personas fallecieron a causa del virus durante el fin de semana en el campus Beilinson del Centro Médico Rabin. Los dos casos fatales fueron de dos mujeres de más de 80 años.

Todos los enfermos actualmente son del centro del país.

El ministerio informó que las 32 personas que han contraído la enfermedad desde principios de mayo representan un gran aumento en comparación con el año pasado, cuando solo hubo seis casos de enero a junio.

Para reducir la exposición a los mosquitos, transmisores del virus, el Ministerio de Salud recomienda utilizar repelentes de mosquitos y accesorios adecuados para mantener a los mosquitos alejados de casa, así como encender ventiladores.

El virus del Nilo Occidental es transmitido por mosquitos que infecta principalmente a las aves, pero también puede infectar a los humanos, los caballos y otros animales.

La mayoría de las personas (alrededor de 70-80%) infectadas con el virus del Nilo Occidental no desarrollan síntomas, pero aproximadamente 20% puede experimentar síntomas leves, como fiebre, dolor de cabeza, dolores corporales, dolores en las articulaciones, vómitos, diarrea o sarpullido.

Los síntomas graves son incluso menos comunes. Menos de 1% de las personas infectadas desarrollan enfermedades neurológicas graves, como encefalitis o meningitis.

Los síntomas de una enfermedad grave pueden incluir fiebre alta, dolor de cabeza, rigidez del cuello, estupor, desorientación, coma, temblores, convulsiones o parálisis.

La fiebre del Nilo Occidental ha estado presente en Israel desde hace muchos años. Ocurre principalmente entre junio y noviembre.

Este año, la morbilidad comenzó antes de lo habitual y probablemente se deba a los cambios climáticos en Israel y el mundo. El clima húmedo del centro del país puede propiciar la reproducción y desarrollo de mosquitos en esta zona.

Las tasas de morbilidad más significativas se registran entre la población adulta y las personas inmunodeprimidas.

Los casos de dengue han aumentado rápidamente en el valle de Katmandú y en varios otros distritos de Nepal. Desde principios de 2024, se han confirmado 1.175 casos, y se han notificado infecciones en 72 distritos. No se han visto afectados los distritos de Mugu, Dolpa, Humla, Jumla y Mustang.

Datos de la División de Epidemiología y Control de Enfermedades (EDCD) revelan que la provincia de Bagmati tiene la tasa de infección más alta con 403 casos reportados, seguida de Koshi (277), Gandaki (187), Lumbini (139), Sudurpaschim (118), Madhesh (34) y Kanali (17). El distrito de Katmandú ha notificado el mayor número de casos, con 122, seguido de Jhapa (111), Chitwan (74), Makwanpur (58) y Tanahun (46).

Los expertos señalan que el dengue se está propagando más rápido este año en comparación con el año pasado, y que aún faltan meses de máxima transmisión. El año pasado, el dengue afectó a los 77 distritos, infectó a más de 52.000 personas y provocó 20 muertes.

Las enfermedades transmitidas por mosquitos, como el dengue, que antes eran raras en el valle de Katmandú, ahora prevalecen incluso en los distritos montañosos. Los factores que contribuyen a esta propagación incluyen el aumento de las temperaturas, la densidad de población, la urbanización no planificada, el cambio climático, las sequías prolongadas y la creciente capacidad de los mosquitos para sobrevivir a temperaturas más bajas.

Los expertos en salud pública enfatizan la importancia de una campaña de “buscar y destruir” para controlar el dengue. Se anima a los ciudadanos a asumir la responsabilidad de eliminar los criaderos de mosquitos. Los mosquitos suelen poner huevos en agua limpia, como en contenedores de agua de lluvia, botellas, latas, llantas, tambores vacíos, tanques de agua y ollas. En las zonas urbanas, con más artículos de este tipo, se observan mayores poblaciones de mosquitos.

---

El dengue es endémico en Nepal. Se registran casos confirmados por laboratorio a lo largo del año con intensidad variable, y el pico más alto se observa en los meses posteriores al monzón. Este año 2024 ya se han detectado casos en 72 de los 77 distritos del país.

Según el informe de los medios de comunicación anterior, se han reportado 1.175 casos de dengue en Nepal en lo que va de 2024. Para prevenir o controlar la transmisión del dengue, es necesario controlar la densidad de los mosquitos vectores y/o interrumpir el contacto entre humanos y vectores. La reducción de las fuentes de mosquitos y la concientización de la comunidad sobre las enfermedades transmitidas por vectores son actividades importantes para controlarlos.

Los virus del dengue se transmiten a las personas a través de la picadura de personas infectadas.

No existe un tratamiento específico para el dengue o el dengue grave, y la detección temprana y el acceso a atención médica adecuada reducen considerablemente las tasas de mortalidad del dengue grave.

Un nuevo brote de sarampión en la zona de salud de Ingende, en la provincia de Équateur, ha llevado a Médicos Sin Fronteras (MSF) a lanzar una respuesta de emergencia para tratar y vacunar a los niños.

No es la primera epidemia de sarampión en Ingende. Tras un repunte de la enfermedad el año pasado, las autoridades sanitarias congoleñas llevaron a cabo una campaña de vacunación en septiembre de 2023 como



parte de una iniciativa de Actividades Complementarias de Inmunización. Desgraciadamente, debido a las dificultades para llegar a ciertas zonas, la campaña solo cubrió a 80% de los niños, insuficiente para detener la propagación de este virus altamente contagioso. Una persona con sarampión puede infectar hasta a 90% de las personas no vacunadas que se encuentren cerca.

### Retos logísticos y humanos

Dadas las deficiencias de la campaña de 2023, los casos de sarampión volvieron a aumentar en 2024. MSF intervino para apoyar al Ministerio de Salud garantizando una cobertura óptima de vacunación y la atención a los pacientes en dos hospitales y cuatro centros de salud.

“Llegar a zonas remotas de la selva ecuatorial es un reto logístico”, explicó Jean-Jacques Stéphane Nfon Dibie, coordinador del ‘Pool de Emergencias Congo’, uno de los equipos móviles de emergencia de MSF en el país.

“La zona de Ingende tiene 18 áreas sanitarias, más de la mitad de las cuales son de difícil acceso. Las autoridades sanitarias locales carecen de recursos logísticos para cubrir todas las áreas. Las vacunas deben conservarse refrigeradas, por lo que a menudo no es posible transportarlas a pie. MSF ha desplegado motocicletas y piraguas motorizadas para garantizar la llegada a todas las zonas sanitarias. Esto es esencial para el éxito de las campañas de vacunación”.

Además del apoyo logístico, la ONG se centró en implicar a todas las comunidades en la respuesta, especialmente a los pueblos indígenas de zonas remotas que antes no participaban lo suficiente.

“En algunas comunidades, esto provocaba frustración y desconfianza en las campañas de salud”, explicó el Dr. Thomas Holebanga, responsable de la intervención de MSF en Ingende. “Nadie debe quedar atrás cuando se trata del sarampión, ya que se corre el riesgo de que el virus siga propagándose. Asegurarnos de que todas las comunidades conocen la enfermedad y participan en su tratamiento y vacunación era nuestra prioridad, y ha merecido la pena”.

Organizada en dos fases entre el 24 de abril y el 13 de mayo, la campaña de vacunación llegó a 62.645 niños de entre 6 meses y 9 años en las 18 áreas sanitarias de Ingende, logrando una



cobertura de casi 100%. Además de la vacuna contra el sarampión, 11.740 niños fueron vacunados contra la difteria, el tétanos, la tos convulsa, la hepatitis B, las infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b y el neumococo con vacunas pentavalente y PCV13.

También fueron tratados 649 menores con sarampión y más de 1.000 con malaria o desnutrición aguda grave, y se rehabilitó el pozo del Hospital General de Referencia de Ingende, que llevaba más de seis meses sin funcionar.



### **La urgente necesidad de mejorar el control**

Las epidemias de sarampión en República Democrática del Congo han persistido durante años con elevadas tasas de letalidad, debido a las inadecuadas actividades de vacunación sistemática y suplementaria. En 2023 se registraron más de 300.000 casos, que causaron casi 6.000 muertes.

“Los desafíos humanitarios y de seguridad en el país, especialmente en el este, no deben eclipsar la necesidad crítica de combatir el sarampión”, afirmó Jean-Jacques Stéphane Nfon Dibie. “El sarampión sigue siendo un asesino en masa y la respuesta de emergencia a esta enfermedad representa la mayor parte de las intervenciones de emergencia de MSF en el país. Es vital movilizar todos los esfuerzos para reforzar la respuesta, desde la vacunación sistemática hasta las Actividades Complementarias de Inmunización. Es una batalla difícil pero crucial para salvar a miles de niños”.

En 2023, Médicos Sin Fronteras respondió a varios brotes de sarampión en el país, vacunando a más de 1,6 millones de niños y tratando a 46.348 pacientes.



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](http://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](mailto:reporteepidemiologicocoba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.