

17 DE JULIO
2024
REC 2.828

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la brucelosis

AMÉRICA

- Brasil: Confirmaron el primer caso importado de fiebre de Oropouche en Paraíba
- Estados Unidos: Confirman casos humanos de influenza aviar A(H5) entre trabajadores avícolas de Colorado
- Estados Unidos: Brote de criptosporidiosis vinculado a un centro de rehabilitación de vida silvestre

- Perú: Récord de casos de dengue: más de 258.000 en lo que va del año

- República Dominicana: Aumentaron los casos de leptospirosis

EL MUNDO

- España: Hubo un único caso humano de carbunco en 2023 en todo el país
- Francia: Brote de yersiniosis por consumo de queso elaborado con leche no pasteurizada

- Grecia: El país enfrenta un brote de salmonelosis y un aumento en los casos de listeriosis

- Israel: Notable aumento en los casos de fiebre del Nilo Occidental

- Sudáfrica: Alarma por el primer gran brote de rabia en mamíferos marinos en Cape Town

- Yemen: Detectan 24 casos de poliomielitis en áreas controladas por los hutíes

- El elevado costo de la lucha contra los mosquitos *Aedes*

- Los niveles mundiales de inmunización infantil se estancaron en 2023

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 adjuntosRUTH 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.

Vigilancia epidemiológica

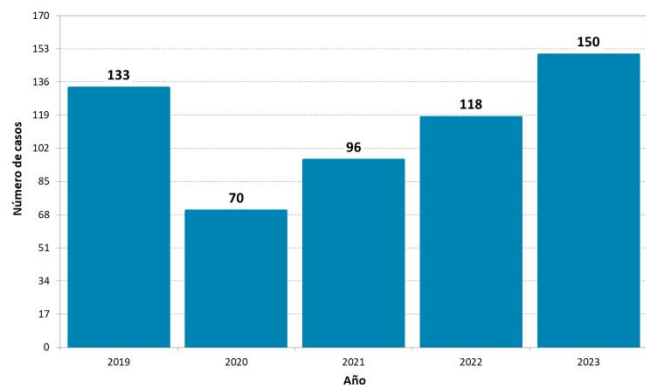
Las brucelosis humana y canina constituyen eventos de notificación obligatoria en los términos de la Ley Nacional 15.465 y la Resolución 2827/2022. La estrategia de vigilancia es universal, con periodicidad semanal e incluye los eventos Brucelosis y Brucelosis canina (de reciente incorporación en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS^{2.0}). La modalidad de vigilancia es nominal desde la sospecha para los que cumplan con la definición de caso sospechoso y para los asintomáticos con resultados de tamizaje positivo en bancos de sangre, y numérica semanal para el registro de donantes estudiados y positivos por pruebas de tamizaje en bancos de sangre.

La vigilancia de casos incluye los componentes de clínica, laboratorio e investigación epidemiológica.

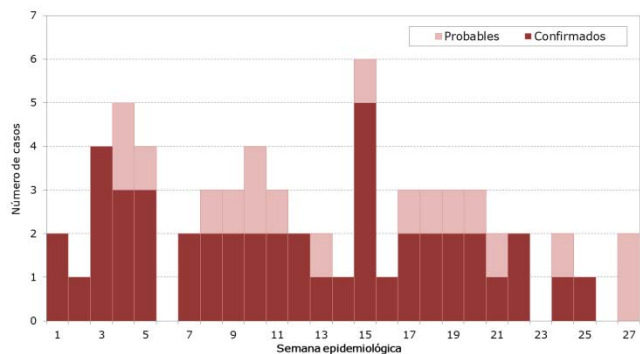
Situación en Argentina

Entre los años 2019 y 2023 se notificaron 1.717 casos sospechosos de brucelosis al SNVS^{2.0}, de los cuales 567 se confirmaron y 492 resultaron probables. En cuanto a los confirmados, 68,8% registra al menos una prueba de laboratorio confirmatoria. De estos, 24% presenta aislamiento e identificación de *Brucella* spp, identificándose con mayor frecuencia *B. suis* (60%), seguido de *B. abortus* (17%) y *B. melitensis* (13%). Con respecto a la distribución por sexo (n=564), 62,1% corresponde al sexo masculino, mientras que el 37,9% restante pertenece al sexo femenino, con una mediana de edad de 37 años. El año con más casos confirmados del período fue 2023.

El mayor volumen de notificaciones y casos confirmados son aportados por la región Centro para todo el periodo de análisis.



Casos confirmados de brucelosis. Argentina. Años 2019/2023. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados y probables de brucelosis. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 27. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	2019		2020		2021		2022		2023	
	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5	7	—	3	6	8	7	12	2	3
Buenos Aires	41	100	30	73	43	85	55	117	59	118
Córdoba	13	25	8	17	3	9	6	9	9	25
Entre Ríos	4	19	4	13	3	12	4	14	7	26
Santa Fe	14	42	12	24	13	37	13	46	26	80
Centro	77	193	54	130	68	151	85	198	103	252
Mendoza	3	45	1	22	—	12	1	10	5	18
San Juan	6	20	1	2	6	7	—	7	1	3
San Luis	1	4	2	4	2	3	2	2	—	—
Cuyo	10	69	4	28	8	22	3	19	6	21
Chaco	3	64	2	31	2	22	6	13	5	11
Corrientes	—	2	—	—	—	1	1	2	1	1
Formosa	—	—	—	1	2	3	—	1	2	2
Misiones	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noreste Argentino	3	66	2	32	4	26	7	16	8	14
Catamarca	3	27	—	9	4	21	5	26	9	206
Jujuy	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
La Rioja	4	6	2	2	—	7	—	1	—	8
Salta	20	72	3	57	2	29	5	27	9	15
Santiago del Estero	2	3	—	—	—	—	—	—	—	1
Tucumán	—	—	—	—	2	3	1	4	1	2
Noroeste Argentino	29	108	5	68	8	61	11	58	19	234
Chubut	1	2	—	1	—	—	—	1	—	3
La Pampa	10	16	3	6	6	23	12	16	10	13
Neuquén	1	3	1	2	—	—	—	1	—	—
Río Negro	2	3	1	1	2	2	—	—	1	1
Santa Cruz	—	1	—	—	—	1	—	2	1	1
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3
Sur	14	25	5	10	8	26	12	20	14	21
Total Argentina	133	461	70	268	96	286	118	311	150	542

Casos confirmados y notificados estudiados de brucelosis, según jurisdicción. Argentina. Años 2019/2023. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.

Durante el año en curso, se notificaron 245 casos sospechosos hasta la SE 27, de los cuales 18 resultaron probables y 46 confirmados. De estos últimos, 32 (69,6%) presentan pruebas de laboratorio confirmatorias, con el aislamiento de *B. suis* en tres casos y *B. abortus* en dos casos. En cuanto a la distribución por sexo, 65,2% corresponde a sexo masculino, mientras que el 34,8% restante pertenecen al sexo femenino, con una mediana de edad de 40,5 años.

El índice epidémico acumulado¹ para los casos notificados, a nivel nacional, supera los valores esperados, principalmente a expensas del aumento en las notificaciones en las regiones Cuyo y Noreste Argentino (NEA). No obstante, los casos confirmados a nivel nacional están dentro de lo esperado. A nivel regional, los casos se encuentran dentro de lo esperado para la región Centro, mientras que en el resto de las regiones se encuentran por debajo del umbral.

Región	Casos confirmados			Casos notificados		
	2024 SE 1 a SE 27	Mediana 2019-2023	Índice epidémico acumulado	2024 SE 1 a SE 27	Mediana 2019-2023	Índice epidémico acumulado
Centro	40	40	1,00	104	92	1,13
Cuyo	—	2	0,00	23	11	2,09
Noreste Argentino	—	3	0,00	2	12	0,17
Noroeste Argentino	4	7	0,57	110	45	2,44
Sur	2	4	0,50	6	10	0,60
Total Argentina	46	56	0,77	245	170	1,49

Casos confirmados y notificados de brucelosis, e índice epidémico, según región. Argentina. Años 2019/2024, hasta semana epidemiológica 27. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.

Durante el año en curso, la mediana de casos notificados por semana epidemiológica (SE) es de 8 (rango: 1 - 34). El mayor número de casos positivos se observó en la SE 15, con cinco casos confirmados. En la última SE analizada se notificaron dos casos probables.

¹ El índice epidémico acumulado es la razón entre los casos observados en el período y los esperados en relación a la mediana del mismo período de los últimos cinco años; índices entre 0,76 y 1,24 se consideran dentro de los valores esperados.

La salud de las personas, los animales y los ecosistemas está estrechamente interrelacionada. Los cambios en estas relaciones pueden aumentar el riesgo de que aparezcan y se propaguen nuevas enfermedades humanas y animales. Los estrechos vínculos entre la salud humana, animal y ambiental exigen una estrecha colaboración, comunicación y coordinación entre los sectores implicados. “Una salud” es un enfoque integral y unificador cuyo objetivo es equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas. Utiliza los vínculos estrechos e interdependientes que existen entre estos campos para establecer nuevos métodos de vigilancia y control de enfermedades.

La brucelosis es una enfermedad infectocontagiosa de curso crónico que afecta tanto a las personas como a los animales domésticos, la fauna silvestre y los mamíferos marinos. Es una de las zoonosis de mayor difusión en el mundo en seres humanos y animales domésticos. Esta enfermedad es de importancia para la salud pública debido a los costos generados por la incapacidad física que produce en el enfermo y a las pérdidas secundarias ocasionadas por la afectación del ganado y restricciones al comercio internacional. Esto genera pérdidas económicas de importancia, por lo que la brucelosis tiene una gran repercusión mundial.

Es causada por microorganismos del género *Brucella*, un grupo de bacterias intracelulares, inmóviles y de crecimiento lento. Se reconocen distintas especies, algunas de ellas afectan a animales terrestres (*B. abortus*, *B. melitensis*, *B. suis*, *B. ovis*, *B. canis*, *B. neotomae* y *B. microti*) y otras a mamíferos marinos (*B. ceti* y *B. pinnipedialis*). *Brucella abortus*, biovar 1-6 y 9; *B. melitensis*, biovar 1-3; *B. suis*, biovar 1,3-5 y *B. canis* son patógenas en humanos.

El reservorio lo constituyen especies domésticas de producción como el ganado vacuno, porcino, caprino y ovino y también los caninos. A su vez, pueden afectar a animales silvestres (liebres, zorros, comadrijas, ciervos, etc.).



BRASIL

CONFIRMARON EL PRIMER CASO IMPORTADO
DE FIEBRE DE OROPOUCHE EN PARAÍBA

11/07/2024

La Secretaría de Estado de Salud (SES) confirmó el 11 de julio el primer caso de fiebre de Oropouche en Paraíba. El paciente, un hombre de 34 años, residente de la ciudad de João Pessoa, buscó atención médica cuando presentó síntomas característicos del dengue, luego de viajar al estado de Pernambuco, donde se contagió. El diagnóstico de fiebre de Oropouche fue confirmado mediante un examen realizado en el Laboratorio Central de Salud Pública de Paraíba (LACEN/PB).

Según Carla Jaciara Jaruzo dos Santos, técnica de arbovirus de la SES, la secretaria verificó, luego de la investigación, que se trataba de un caso importado, es decir, que la infección no ocurrió en el territorio de Paraíba. “A diferencia de Paraíba, Pernambuco ya tiene registros de la enfermedad en 10 municipios, por lo tanto, el caso no pertenece a nuestro estado. El paciente regresó del viaje presentando síntomas a los tres días de regresar, se le realizaron pruebas para dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika, siendo indetectable, sin embargo, como teníamos información del escenario epidemiológico de los lugares que visitó, se le realizaron las pruebas necesarias en el LACEN para el diagnóstico. Es importante recalcar que el caso se está recuperando bien, se encuentra en su casa, aparentemente sano”, explicó.

Los síntomas de la fiebre de Oropouche son similares a los de arbovirus como dengue, fiebre zika y fiebre chikungunya, por lo que es necesario que, si alguien presenta estos síntomas, busque el servicio de salud más cercano para recibir el tratamiento adecuado. Entre los principales síntomas se encuentran: fiebre de aparición repentina, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares, mareos, dolor retroocular, escalofríos, fotofobia, náuseas y vómitos.

A diferencia del dengue, la fiebre zika y la fiebre chikungunya, que son transmitidos por el mosquito *Aedes aegypti*, la fiebre de Oropouche tiene como principal transmisor el jején *Culisicoides paraensis*, común en el territorio de Paraíba.

Según el jefe del Centro de Factores Biológicos y Entomología del SES, Nilton Guedes, *C. paraensis* es un tipo de mosquito presente principalmente en lugares húmedos. El funcionario informó que la SES está realizando trabajos de captura durante los meses de julio y agosto para evaluar este vector, con el objetivo de identificar posibles regiones más propicias para su proliferación, que son áreas de manglares, vegetación de clima húmedo, plantaciones y espacios con depósitos de materia orgánica. El proceso comenzará en los municipios limítrofes con el estado de Pernambuco: Salgado de São Félix, Umbuzeiro, Natuba, Pitimbu, Caaporã, Pedras de Fogo, Juripiranga e Itabaiana.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) confirmaron cuatro casos humanos de infección por el virus de la influenza aviar altamente patógena (IAAP) A(H5) en el estado de Colorado. Esto incluye tres casos presuntamente positivos notificados por ese estado el 12 de julio, y una cuarta muestra que luego el estado determinó que era presuntamente positiva el 12 de julio. Los CDC también están al tanto de un quinto caso presuntamente positivo adicional en Colorado que será confirmado por los CDC una vez que llegue la muestra. Todos los casos fueron en trabajadores agrícolas que participaron en la despoblación de aves de corral en una instalación avícola que experimentó un brote del virus A(H5N1). Un equipo de los CDC está en el terreno en Colorado, apoyando su evaluación del brote avícola y los casos humanos asociados. Dada la información actual, los CDC creen que el riesgo para la población de este brote sigue siendo bajo. Estos casos subrayan nuevamente el riesgo de exposición a animales infectados. No hay aumentos inesperados en la actividad de la influenza en Colorado ni en otros estados afectados por brotes de influenza aviar A(H5) en vacas y aves de corral.

Antecedentes de los casos

Estos trabajadores informaron síntomas después de haber estado expuestos a aves de corral infectadas con el virus A(H5N1). Todos los trabajadores que dieron positivo informaron una enfermedad leve. Los trabajadores informaron conjuntivitis y lagrimeo, así como síntomas más típicos de la influenza, como fiebre, escalofríos, tos y dolor de garganta/secreción nasal. Es posible que se informen más casos y se confirmen posteriormente a medida que se realizan controles y pruebas.

Los CDC han enviado a Colorado un equipo de campo bilingüe y multidisciplinario de nueve personas, entre ellas epidemiólogos, veterinarios, médicos clínicos y un higienista industrial, para apoyar su respuesta de salud pública al brote entre los trabajadores de granjas avícolas. Se está realizando un seguimiento continuo de los trabajadores como parte de esta evaluación y se están analizando muestras adicionales, un trabajo que es una continuación de la estrecha colaboración entre los funcionarios de salud pública humana y animal a nivel local, estatal y federal.

Estos son los primeros casos de infección por el virus A(H5) en trabajadores avícolas (a diferencia de los trabajadores lecheros) desde 2022. El primer caso de influenza A(H5) en un trabajador avícola en Estados Unidos se informó en Colorado durante abril de 2022. El 3 de julio de 2024, Colorado también informó un caso de influenza A(H5) en un trabajador lechero en una granja afectada, por lo que ese estado está experimentando brotes continuos de influenza A(H5N1) en granjas lecheras y avícolas.

La designación de la neuraminidasa del virus de la influenza (la N del subtipo) está pendiente de la secuenciación genética de la influenza en los CDC. Se están realizando intentos de secuenciar el virus en las muestras clínicas y, si tienen éxito, estarán disponibles en uno o dos días. Se realizarán análisis adicionales para buscar cualquier cambio genético en el virus que pueda alterar la evaluación de riesgos de la agencia.

Las recomendaciones de los CDC relacionadas con el virus A(H5) no han cambiado hasta el momento. Una evaluación de estos casos ayudará a determinar si esta situación justifica un cambio en la evaluación de riesgos para la salud humana.

Los CDC tienen más de 170 miembros del personal asignados a la respuesta al A(H5N1) de la agencia. Se proporcionarán actualizaciones a medida que haya información disponible.



12/07/2024

El Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH) y el Departamento de Recursos Naturales (DNR) de Illinois están trabajando con las autoridades de salud pública de Rock Island y Iowa en la investigación de un brote de criptosporidiosis en personas que colaboran en un centro de rehabilitación de vida silvestre del condado de Rock Island. Los funcionarios de salud pública dijeron que al menos 12 personas han sido identificadas como casos probables o confirmados después del contacto con mapaches en Pat's Bandits en Hillsdale. Las personas son residentes de Iowa y de cuatro condados de Illinois.

Los funcionarios de salud pública dijeron que quienes enfermaron estuvieron en contacto con mapaches en la instalación mientras trabajaban como voluntarios entre el 22 de junio y el 3 de julio de 2024. Cualquier persona que haya experimentado diarrea en las dos semanas posteriores a la asistencia en esta instalación de vida silvestre debe buscar atención médica y someterse a análisis para detectar criptosporidiosis. Esta enfermedad causa una diarrea acuosa que puede ser intermitente durante un período de semanas. Es provocada por un parásito que se puede transmitir a través de las heces, de animales a personas, de persona a persona y al nadar en agua contaminada.

El IDPH está aconsejando a los proveedores de atención médica que trataron a personas con enfermedades diarreicas que informaron haber trabajado como voluntarios en Pat's Bandits que consideren el diagnóstico de criptosporidiosis. También deben alertar a su departamento de salud local para que este pueda hacer un seguimiento de las personas afectadas. Los síntomas de la criptosporidiosis generalmente comienzan de 2 a 10 días (un promedio de 7 días) después de la infección y duran de una a dos semanas. La mayoría de las personas con sistemas inmunológicos saludables se recuperarán de la criptosporidiosis sin tratamiento. Los medicamentos antidiarreicos pueden ayudar a disminuir la diarrea, pero se debe consultar a un médico antes de tomar dichos medicamentos.

La criptosporidiosis es una infección zoonótica causada por protozoos cuyo reservorio natural son los rumiantes; las aguas superficiales se contaminan con sus heces. En todo el mundo, la transmisión a los seres humanos se produce principalmente a través del contacto con agua contaminada, pero también puede producirse a través de los alimentos o la exposición a animales infectados.

Cryptosporidium hominis y *C. parvum* son las especies más frecuentes que causan enfermedades en los seres humanos. Debido a que *C. hominis* se transmite solo entre seres humanos, los casos vinculados a esta especie tienden a provenir de condados urbanos más densamente poblados. La mayoría de los casos humanos de *C. parvum* se deben a la exposición a animales, incluido el ganado infectado, y, por lo tanto, es más probable que se produzcan en condados rurales menos poblados. En los últimos años, la genotipificación de especies y subespecies de *Cryptosporidium* en el locus del gen gp60 se ha vuelto esencial para identificar posibles fuentes y el alcance de los brotes de criptosporidiosis.

Históricamente, un brote masivo de criptosporidiosis transmitida por el agua ocurrió en 1993 relacionado con una planta de tratamiento de agua en Milwaukee, Wisconsin, durante el "Frozen Four" anual de la universidad, las finales de los playoffs de hockey sobre hielo. Se cree que más de 400 000 personas se vieron afectadas.

RÉCORD DE CASOS DE DENGUE: MÁSD
DE 258.000 EN LO QUE VA DEL AÑO

12/07/2024

En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 27, se notificaron 258.613 casos de dengue en Perú; se reportó 241 defunciones por la enfermedad, de las cuales 12 están en investigación.

Para el mismo periodo de 2023, se habían notificado 189.892 casos, con una incidencia de 561,26 casos cada 100.000 habitantes. Se notificaron 326 fallecidos por dengue hasta la SE 27.

Los departamentos que más casos reportan en 2024, hasta la SE 27, son Lima (86.401 casos), La Libertad (44.453), Piura (33.248), Ica (31.716) y Áncash (18.634).

Los departamentos que más muertes registran en 2024, hasta la SE 27, son Lima (77 muertes), La Libertad (35), Ica (29), Lambayeque (28) y Piura (27).

En la SE 27 de 2024 se reportaron en Perú 1.592 casos. En 2023, el pico de notificaciones se registró en la SE 20, con 19.269 casos.

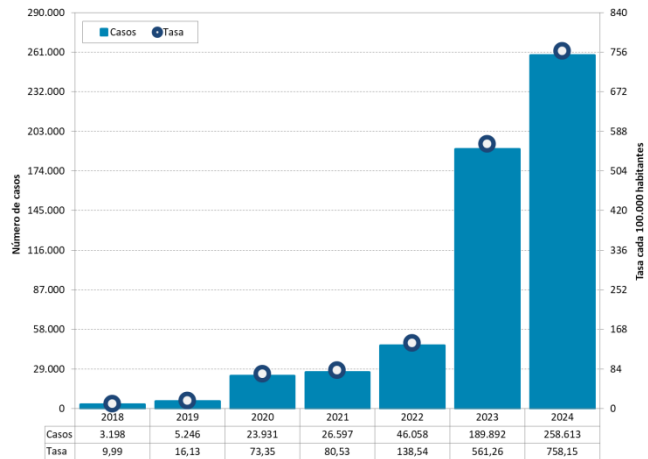
En 2024, hasta la SE 27, son 627 los distritos que reportaron al menos un caso de dengue; 82,9% de estos distritos se concentra en los departamentos de Piura, La Libertad, Lima, Ica y Áncash.

En la SE 27 de 2024 son 259 los distritos que reportaron al menos un caso de dengue, distribuidos en 71 provincias de 20 departamentos.

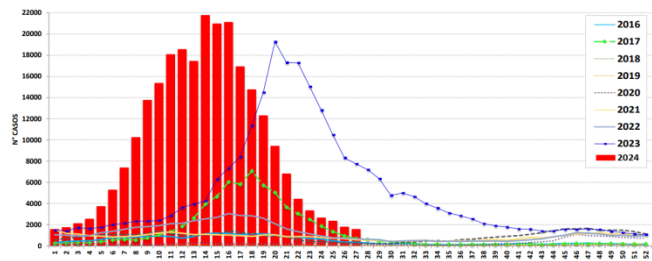
Hasta el mes de mayo de 2024, el mosquito *Aedes aegypti*, vector del dengue, la fiebre zika y la fiebre chikungunya, es reportado en 24 regiones, 106 provincias y un total de 582 distritos.

Los grupos etarios más afectados son el de 30-59 años (103.523 casos; 40,03% del total) y el de 18-29 años (56.447 casos; 21,83%). Sin embargo, las tasas de incidencia fueron más altas en el grupo de 12-17 años (952,99 casos cada 100.000 habitantes) y el de 18-29 años (841,36).

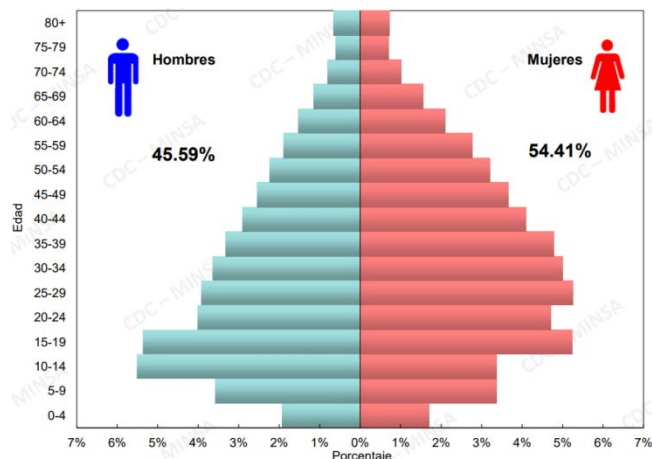
Del total de casos, 140.723 (54,41%) correspondieron a mujeres y 117.890 (45,59%) a hombres.



Casos de dengue y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes. Perú. Años 2018/2024, hasta semana epidemiológica 27. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud de Perú.



Casos de dengue. Perú. Años 2018/2024 (2024 hasta semana epidemiológica 27). Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud de Perú.



Casos de dengue, según grupo etario y sexo. Perú. Año 2024, hasta semana epidemiológica 27. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud de Perú.

En 2024, hasta la SE 27, se han notificado 241 fallecimientos por dengue, con una tasa de letalidad de 0,09%. En todo el año 2023, fueron 444 los fallecidos por esta enfermedad, y la tasa de letalidad fue de 0,17%). La tasa de letalidad más elevada de los últimos 14 años se registró en el año 2018, y fue de 0,38%; sin embargo, este fue el año con menor número de casos del período (4.698 casos), y uno de los que registró el menor número de muertes (18).

Los departamentos con las mayores tasas de letalidad fueron Lambayeque (0,30%), Madre de Dios (0,30%), Pasco (0,18%), Áncash (0,13%) y San Martín (0,10%).

En 2024, hasta la SE 27, los grupos etarios que mayores números de fallecimientos registraron fueron el de 60 y más años (134 muertes; 55,6% del total) y el de 30-59 años (72 muertes; 29,9%).

Fue muy leve la diferencia de sexos en los fallecimientos por dengue: 121 hombres (50,2% del total) y 120 mujeres (49,8%).

En los primeros seis meses de 2024, República Dominicana ha registrado 305 casos sospechosos de leptospirosis, lo que significa un incremento de 51,7%, comparado con igual periodo del año pasado, cuando se notificaron 201.

En ese sentido, hasta el momento solo se han confirmado 24 casos (7,9%) tras dar positivo a esta enfermedad transmitida principalmente a través de la orina de animales infectados, sobre todo las ratas, mientras 25 (8,2%) han sido descartados.

Asimismo, de todos los casos notificados, el sexo masculino ha sido el más afectado con 229 casos (75,1%).

En la semana epidemiológica 26 se reportaron nueve casos nuevos de leptospirosis, en Santo Domingo (3 casos), Azua (2), Santiago (2) Distrito Nacional (1) y Duarte (1).

Más de 20 decesos

De los 305 casos notificados, la Dirección de Epidemiología señala que al menos 26 personas han muerto por síntomas asociados a esta enfermedad.

La incidencia acumulada de esta enfermedad es de 5,7 casos cada 100.000 habitantes, siendo la provincia de Montecristi la de mayor incidencia, con 73,2 casos cada 100.000 habitantes.



ESPAÑA

HUBO UN ÚNICO CASO HUMANO DE CARBUNCO EN 2023 EN TODO EL PAÍS

10/07/2024

En España, durante el año 2023, se notificó un único caso de carbunco a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), categorizado como probable. El caso se presentó en la Comunidad Autónoma de Aragón, provincia de Teruel, y fue un caso de carbunco cutáneo en una mujer de 32 años, ganadera en contacto con animales de granja. Todo esto supone una tasa de notificación de 0,07 cada 100.000 habitantes en la Comunidad Autónoma que ha declarado el caso y una tasa de notificación nacional menor a 0,01.

No se han notificado brotes en el año 2023.

Antecedentes

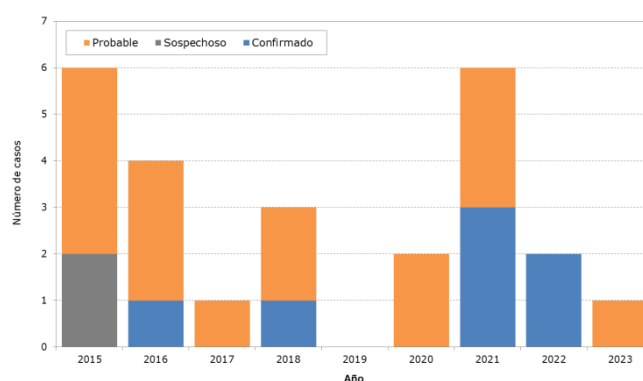
Desde 2015, el número de casos confirmados anuales notificados a la RENAVE es menor a cuatro. En el último trienio 2021-2023 se declararon nueve casos (cinco confirmados y cuatro probables). Seis casos (66,6%) afectaron a hombres.

En cuanto a la distribución por edades, en el último trienio (2021-2023), el rango etario de los casos fue de 24 a 74 años y se produjeron, principalmente (en ocho de los nueve casos), en personas con actividades profesionales de riesgo (veterinarios y ganaderos).

Las Comunidades Autónomas que registraron los casos en este último trienio fueron, en orden decreciente en cantidad de casos: Extremadura (6 casos), Aragón (2) y Castilla-La Mancha (1).

El único brote notificado en este periodo se produjo en la Comunidad Autónoma de Extremadura, en 2021 e implicó cinco casos (tres hombres y dos mujeres). De los nueve casos registrados en el trienio, cuatro requirieron hospitalización, tres de ellos asociados al brote de 2021, y un caso más en 2022. No se han registrado muertes por esta enfermedad en los últimos años.

El carbunco es una zoonosis bacteriana de gran importancia histórica en España, aunque el número de casos registrados desde la introducción de la vacuna en herbívoros es prácticamente residual. En la actualidad, los casos humanos son esporádicos y se producen en deter-



Casos humanos de carbunco, según clasificación. España. Años 2015/2023. Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

minadas regiones de tradición ganadera trashumante o en extensivo. La aparición de brotes es muy infrecuente.

La prevención del carbunco en humanos está asociada a la correcta educación sanitaria de los profesionales en riesgo y a su control en las especies ganaderas susceptibles, siendo de especial importancia el manejo adecuado de cadáveres, la correcta desinfección y descontaminación de las instalaciones ganaderas, la seguridad alimentaria y los usos del suelo.

El carbunco es una zoonosis causada por la bacteria *Bacillus anthracis*. Tras el contacto del agente con el aire, esporula a formas muy resistentes, pudiendo permanecer viables durante años en la tierra, la vegetación e incluso, en piel, pelo y cueros (secos o procesados).

El carbunco se propaga entre los herbívoros a través de pastos o piensos contaminados, mientras que los omnívoros y carnívoros se contagian por la ingestión de carne o productos derivados de cadáveres infectados. Una vez que un agente ha infectado a un individuo, produce exotoxinas que desencadenan una enfermedad que puede resultar mortal.

La transmisión al ser humano se puede producir por tres vías: por contacto directo, tras la manipulación de animales enfermos o cadáveres, sus tejidos, pelo, cuero, lana o tierra contaminada; por inhalación de esporas suspendidas en aerosoles (polvo, piensos, curtido de cuero o procesamiento de lana); o por ingestión de carne contaminada sometida a tratamiento térmico insuficiente. En el personal de laboratorio pueden presentarse infecciones accidentales y también es posible la transmisión de persona a persona por contacto directo con lesiones de carbunco cutáneo. Las formas clínicas dependen de la vía de infección, de esta manera se describe: forma cutánea, respiratoria (inhalación de esporas) y gastrointestinal y/u orofaríngea.

En la mayor parte de los países industrializados, el carbunco es una infección poco frecuente y suele estar asociada a la persistencia del agente en terrenos o regiones tradicionalmente ganaderas.

En España, es una enfermedad considerada de carácter profesional y catalogada como enfermedad de declaración obligatoria desde 2015. Actualmente se registran menos de cuatro casos confirmados anuales en todo el territorio; aun así, la aparición de algún caso esporádico puede ser habitual en determinadas regiones. La prevención de la enfermedad humana está vinculada al control de casos en animales.

Más de 130 personas enfermaron en Francia como parte de un brote de yersiniosis vinculado al consumo de una marca de queso elaborado con leche de cabra no pasteurizada.

Francia registra 133 casos, Bélgica, Noruega y Luxemburgo confirmaron un caso cada uno en este brote causado por *Yersinia enterocolitica* biotipo 2, serotipo O:9.

El queso Etoile de Provence Banon AOP de 100 gramos con fechas de vencimiento hasta el 2 de agosto de 2024 ha sido retirado del mercado en más de 20 países, incluidos Alemania, Italia, España, Reino Unido y Estados Unidos.

En Francia, las fechas de aislamiento varían entre el 27 de enero y el 28 de junio. Los casos tienen entre 3 y 85 años, con una mediana de edad de 49 años, y 76 de ellos son mujeres.

La región de Provence-Alpes-Côte d'Azur es la más afectada, con 57 pacientes, pero se han identificado casos en todas las regiones de Francia continental.

La fecha de inicio más tardía de la enfermedad entre los 57 enfermos entrevistados es el 10 de junio. Entre los casos se observó un consumo inusualmente alto de un tipo de queso de cabra elaborado con leche sin pasteurizar.

La notificación de la yersiniosis entérica no es obligatoria en Francia, pero algunos laboratorios médicos envían periódicamente aislamientos, datos clínicos y demográficos al Laboratorio Nacional de Referencia de *Yersinia* de Francia.

En 2022, se registraron 1.558 pacientes, así como un brote sospechoso y tres brotes confirmados en Francia.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) dijo que está monitoreando el evento y contactando a los estados miembros y a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA).

Dada la distribución de los productos implicados en varios países de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo, el riesgo de contraer yersiniosis es alto entre los consumidores que han comprado los productos implicados o han estado expuestos en otros entornos antes de que surtieran efecto las medidas de control. Es posible que se produzcan nuevos casos en los países implicados y que se identifiquen casos históricos de forma retrospectiva.

Los casos notificados pueden representar una pequeña fracción de todos los casos debido a la falta de aislamientos derivados y de secuenciación sistemática. Como se han implementado medidas de control en los países, esto reduce el riesgo de más infecciones humanas relacionadas con este evento.



Los síntomas de la yersiniosis suelen aparecer entre tres y siete días después de la infección. Incluyen fiebre, calambres abdominales, diarrea acuosa o con sangre, dolores de cabeza y vómitos. La yersiniosis suele remitir espontáneamente y los síntomas pueden persistir entre uno y tres días, hasta tres semanas.

Al menos 100 personas contrajeron recientemente salmonelosis en Grecia, y se sospecha que el origen del problema fue agua de grifo contaminada.

La Organización Nacional de Salud Pública Helénica (EODY) dijo que a fines de mayo se observó una mayor incidencia de casos de gastroenteritis en los residentes de las zonas de Rizomylos y Stefanovikiou, Magnesia.

Se notificaron 100 casos de todas las edades y de ambos sexos, con inicio de síntomas entre el 24 de mayo y el 2 de junio. Nueve niños fueron hospitalizados, así como una persona mayor con enfermedades subyacentes.

Se tomaron muestras de la red de abastecimiento de agua y el análisis de laboratorio reveló *Salmonella*, además de indicadores microbianos de contaminación fecal.

Seis muestras de materia fecal de niños hospitalizados dieron positivo para *Salmonella*, al igual que otra muestra tomada de un paciente diferente.

Las autoridades emitieron un aviso a la población en el que se les aconsejaba no beber agua de la red de suministro ni utilizarla para lavar alimentos o preparar alimentos. En caso de tener que utilizarla, se debe hervir a 100°C durante al menos tres minutos. Se inició el saneamiento de la red de suministro de agua y se realizaron controles diarios hasta que se restableció la calidad del agua.

Incidentes anteriores

No es el primer brote transmitido por el agua en Grecia. Según los datos de vigilancia de la EODY, entre 2004 y 2023 se identificaron 35 brotes con 6.128 casos y 218 hospitalizaciones. Se registraron siete brotes con más de 200 casos y el más grande afectó a 1.640 personas.

En agosto de 2022, la EODY recibió una notificación sobre un brote de gastroenteritis en el sur de Grecia. Al menos 33 personas enfermaron y siete fueron hospitalizadas. El consumo de agua del grifo fue el único factor de riesgo significativo de enfermedad. Se aisló *Salmonella enterica* serotipo Bovismorbificans en ocho muestras de materia fecal y una de agua del grifo. La investigación no reveló la forma en que el agua podría haberse contaminado.

Un estudio reveló que los niveles de cloro residual eran inferiores al valor mínimo exigido por la legislación griega, antes y durante el brote. Esto podría indicar deficiencias en las prácticas de saneamiento del agua.

Otro estudio señaló que las demoras en la presentación de informes y en los métodos de investigación muestran que se debe fortalecer la vigilancia de los brotes transmitidos por el agua y los métodos de respuesta, y estandarizar los procedimientos operativos.

Advertencia de listeriosis

La EODY también advirtió sobre un aumento de las infecciones por *Listeria* en 2023 y 2024.

La vigilancia de la listeriosis a través del Sistema de Notificación Obligatoria de Enfermedades comenzó en Grecia en 2004. Entre 2004 y 2023, se notificaron 266 casos y 59 muertes.

En 2023 se registraron 31 casos. La edad media de los pacientes fue de 67 años, con un rango de menos de 1 a 92 años, y 18 eran hombres. Desde enero hasta mediados de abril de 2024 se habían notificado 12 infecciones.

La EODY informó que, para proteger la salud de la población, está tomando una serie de medidas, entre ellas asesorar a las unidades de salud de todo el país sobre los procedimientos que deben seguirse cuando se detecten casos. Se ha informado a la Autoridad Alimentaria Helénica (EFET), al Ministerio de Desarrollo Rural y Alimentación y al Laboratorio Nacional de Referencia para *Listeria monocytogenes* en alimentos.

Se han enviado muestras de pacientes a un laboratorio que colabora con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) para la secuenciación completa del genoma, con el objetivo de identificar posibles brotes, así como cualquier vínculo con incidentes globales. También se ha creado un grupo de trabajo para intercambiar datos en caso de que se produzca un brote y para analizar las medidas para responder al problema.



Israel está experimentando una morbilidad anómala en lo que respecta a la fiebre del Nilo Occidental, principalmente en la región central: desde el mes de mayo, se ha informado una mayor cantidad de casos; en 2024, hasta el 10 de julio, se han reportado 331 pacientes y 18 muertes. Si bien la mayoría de los pacientes reportados son del centro del país, también se reportan algunos casos en otras zonas.

La mayoría de los pacientes son personas mayores (principalmente mayores de 70 años), y son más los hombres que las mujeres, pero también se conocen casos en niños.

El brote de la enfermedad comenzó este año antes de lo habitual. Además, el volumen de casos, y en particular el de hospitalizaciones reportadas en junio, parecen ser significativamente mayores que el promedio para este mes y para esta época del año. Además, el número total de casos notificados desde principios de año es significativamente mayor que el promedio anual general.

Por ahora, no está claro el motivo del aumento de los casos y su alcance inusual para esta temporada, mientras que una posible explicación es que el brote fue causado por razones climáticas, y en particular por un tiempo más cálido de lo habitual a principios de año. Según datos del Servicio Meteorológico, el mes de junio de 2024 es el más caluroso registrado en Israel, desde el inicio de las mediciones. También es posible que las condiciones ecológico-ambientales que existieron este año en Israel, y que actualmente no se comprenden lo suficiente, son los que subyacen a esta morbilidad inusual.

A pesar de las cifras inusuales para el mes de junio, no está claro si el aumento de la morbilidad y su extensión, ya a principios de verano, reflejan una expectativa de alta morbilidad en los meses siguientes o si reflejan principalmente un cambio en la periodicidad de los casos en la temporada. Esto también se destaca a la luz del hecho de que no se conoce ningún año en el que se haya registrado una morbilidad tan generalizada en el mes de junio en Israel.

Por el momento, no se han identificado claramente características clínicas inusuales de la enfermedad entre los pacientes este año (incluidas las tasas de hospitalización, mortalidad y síntomas neurológicos) en comparación con el pasado, pero el tema aún está bajo consideración. Cuanto más extendida esté la enfermedad, mayor será la probabilidad de que ocurran casos raros de la enfermedad, pero su aparición no indica, aparentemente, un cambio en la gravedad de la enfermedad en comparación con años anteriores.

El análisis genómico de las secuencias del virus aisladas en Israel muestra que las variantes que surgieron este año en el país corresponden a la variedad local y no existe una diferencia sustancial entre ellas y las muestras del pasado. Más importante aún, se encontró que las muestras de mosquitos infectados, tomadas en Israel durante los últimos años, eran similares a algunas de las secuencias que surgieron este año en Israel, lo que demuestra que la morbilidad de este año representa la diversidad genómica general del virus presente en el país en los últimos años y no muestra un perfil genético diferente, lo que teóricamente podría explicar parte del fenómeno. Por lo tanto, parece poco probable que un cambio genético en el virus que circula en Israel causara la inusual morbilidad de este año. Aún se requieren secuencias adicionales para una determinación más clara.

Ocurre a menudo: un surfista viaja sobre una ola cuando, con el raballo del ojo, observa una forma negra que se acerca por debajo. Estando en Cape Town, un punto de encuentro de tiburones blancos, es difícil no pensar lo peor. Pero el miedo pronto se convierte en alivio cuando queda claro que se está compartiendo la ola con un lobo marino de El Cabo (*Arctocephalus pusillus*). A veces, se acercan tanto que se pueden ver las burbujas en sus bigotes.



Lobo marino de El Cabo (*Arctocephalus pusillus*)

Ahora, nueve lobos marinos han dado positivo en la prueba de la rabia –el primer brote significativo de la enfermedad en mamíferos marinos– y los surfistas ahora están observando el agua a lo largo de esta costa de 600 kilómetros por una razón diferente.

“El otro día estaba surfeando y apareció un lobo marino entre la fila de surfistas para tomar el sol”, cuenta Gregg Oelofse, responsable de la gestión costera del ayuntamiento de Cape Town. “Normalmente, los surfistas disfrutaban de la interacción, pero ahora todos remaban tan rápido como podían para alejarse”.

El mes pasado, un lobo marino mordió a varios surfistas en cuestión de minutos y otro llegó a la orilla con horribles heridas en el rostro que solo podrían haber sido causadas por un animal muy agresivo. Estos ataques convencieron a las autoridades de sacrificar a cuatro animales y enviar sus cuerpos para que se les hicieran las pruebas para detectar rabia.

Tres de esos cuatro lobos marinos dieron positivo y desde entonces el número de casos ha aumentado a nueve.

Los científicos de la Universidad de Pretoria están secuenciando el virus para determinar dónde y cuándo ingresó la rabia en la población de lobos marinos. La rabia es endémica entre muchos animales salvajes del sur de África (los chacales, por ejemplo), pero la mayoría de estos animales no viven cerca de los humanos.

El comportamiento de los lobos marinos empezó a cambiar hace unos años. Oelofse y su equipo notaron un marcado aumento de la agresividad de estos animales en Cape Town a fines de 2021, tras informes intermitentes de lobos marinos atacando a humanos.

Para comprender este comportamiento altamente inusual, se unieron a científicos marinos de una organización de investigación local, Sea Search, y la Sociedad para la Prevención de la Crueldad contra los Animales (SPCA), para capturar animales y examinarlos.

Se consideró la rabia como una posible causa, pero el hecho de que sólo se hubiera registrado un caso de un lobo marino ocelada (*Pusa hispida*) que contrajo rabia –en las islas Svalbard, Noruega, en 1980– sugería que era muy poco probable.

Oelofse subrayó que el aumento del número de casos no es un signo de que el brote esté aumentando exponencialmente. “Estamos haciendo pruebas retrospectivas a los animales sacrificados”, afirmó. “Tenemos mucha suerte de que Sea Search haya muestreado y conservado 120 cerebros en los últimos dos años y medio”.

El análisis de estos cerebros permitirá obtener una mejor idea de cuándo apareció por primera vez la rabia en la población y hasta qué punto se ha propagado. Seguirán realizando pruebas a todos los animales que sospechen que tienen rabia.

En la costa de Cape Town, los bañistas y surfistas reciben un mensaje claro: cualquier persona mordida por un lobo marino, sin importar cuánto tiempo haya pasado, debe buscar atención médica de inmediato. La rabia puede tardar entre una semana y dos años en incubarse, aunque lo normal son unos pocos meses.

Pero las pruebas que ha visto Oelofse son tranquilizadoras. “Creemos que bastantes personas han sido mordidas por lobos marinos rabiosos, pero afortunadamente ninguna ha sido infectada hasta ahora”, dijo. “No sabemos por qué. ¿Quizás la tasa de transmisión es baja? ¿El agua salada en la boca reduce la carga viral?”

“Dos millones de lobos marinos de El Cabo viven en colonias que se extienden desde el sur de Angola hasta la bahía de Algoa, en la costa este de Sudáfrica”, afirmó el Dr. Greg Hofmeyr, un biólogo marino que ha estado estudiando a los lobos marinos durante 32 años. “Pueden pasar días o semanas en el mar, recorriendo grandes distancias y sólo saliendo a las islas ocasionalmente para descansar o aparearse”.

Sin embargo, cuando se encuentran en estas colonias en alta mar, viven en una proximidad extrema, donde se producen peleas frecuentes. La rabia se transmite principalmente a través de la saliva, por lo que existe la preocupación de que la enfermedad pueda propagarse rápidamente entre los lobos marinos.

Mientras tanto, se ha ordenado a los socorristas y a los observadores de tiburones que cierran las playas si detectan un lobo marino agresivo, y se instó al público a informar sobre cualquier comportamiento inusual de los lobos marinos, a mantener siempre a sus perros atados y a mantenerse alejados de los lobos marinos en los puertos que se han habituado a los humanos.

Aunque el pánico y la urgencia de alejarse nadando rápidamente de cualquier lobo marino son comprensibles, Oelofse dijo que no están del todo justificados. “Si un lobo marino se comporta de forma extraña o agresiva, manténgase alejado y comuníquelo a las autoridades”, dijo. “Es poco probable que un lobo marino relajado suponga una amenaza”.

El mensaje parece estar calando. Ayer, un lobo marino se unió a un grupo de surfistas en la línea de popa, dando vueltas en la superficie como un labrador gigante. Nadie entró en pánico y después de un rato el lobo marino se alejó nadando.

Oelofse subrayó que “no existe una ‘mejor práctica’ global a seguir”, por lo que las autoridades están adoptando un enfoque proactivo.

“Realmente queremos conocer la tasa de transferencia de la enfermedad”, dijo, expresando preocupación de que la rabia pueda volverse endémica en la población de lobos marinos o saltar a otros mamíferos costeros como las nutrias sin garras (*Aonyx capensis*).

“También estamos muy preocupados por lo que esto podría significar para nuestros lobos marinos”, afirmó. “Y realmente no queremos que ningún humano contraiga la rabia”.

Un funcionario sanitario yemení reveló el 15 de julio que se habían detectado 24 casos de poliomielitis causada por el poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en zonas controladas por el grupo hutí en el norte del país.



El funcionario de prensa de la Oficina del Ministerio de Salud en la gobernación de Taiz, Tayseer Al-Sami'i, la gobernación yemení más poblada, dijo que las autoridades sanitarias han monitoreado 24 casos de poliomielitis desde principios de 2024, en las áreas controladas por los hutíes.

Añadió que la aparición de estos casos se produjo porque el grupo hutí impidió las campañas de vacunación contra este virus.

Añadió que la aparición de estos casos se produjo porque el grupo hutí impidió las campañas de vacunación contra este virus.

Al-Sami'i creía que probablemente hay cientos de otros casos de poliomielitis que no se han registrado en las zonas controladas por los hutíes, como resultado de la dificultad de llegar a ellas por parte de los equipos de vigilancia epidemiológica.

El funcionario de salud advirtió sobre una catástrofe sanitaria que podría ocurrir si se continuaran prohibiendo las campañas de vacunación en esas áreas.

Señaló que la continua propagación de la poliomielitis significa que muchos casos pueden sufrir discapacidades permanentes como resultado de la infección con este peligroso virus.

En las zonas bajo autoridad gubernamental, Al-Sami'i informó que no se había detectado ningún caso de poliomielitis como resultado de las repetidas campañas de vacunación contra el virus.

Sin embargo, el funcionario advirtió que los casos pueden provenir de áreas controladas por los hutíes y transmitir la infección a gobernaciones bajo la autoridad del gobierno internacionalmente reconocido, por lo que es importante vacunar en todas las regiones de Yemen.

La declaración de Al-Sami'i llega con una campaña de vacunación contra la poliomielitis lanzada el 15 de julio por la mañana en varias áreas bajo autoridad gubernamental, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

El sector sanitario en Yemen sufre un fuerte deterioro que ha provocado la propagación de enfermedades y epidemias, como consecuencia de las repercusiones de la guerra que dura ya unos 10 años.

Según un reciente [estudio](#), el costo económico global de los mosquitos invasores *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, principales vectores de los virus Dengue, Chikungunya y Zika, ha aumentado considerablemente en las últimas décadas.

El estudio revela que entre 1975 y 2020, los costos identificados se estiman en al menos 94.700 millones de dólares, con un aumento de 14 veces en los costos de 1995 a 2014.



Aedes albopictus

Los costos declarados para el período 2001-2020 en África ascienden a 1.690 millones de dólares. Pero los investigadores creen que están subestimados porque rara vez se cuantifican y declaran en muchos países del continente.

Para evaluar el impacto económico de estos mosquitos invasores, los científicos realizaron un análisis de datos globales obtenidos de 1.156 informes de costos en 166 países.

Esta investigación es totalmente diferente de las estimaciones basadas en modelos o extrapolaciones. Realizó un inventario de los costos reportados en la literatura científica directamente relacionados con el impacto de las especies invasoras, y comprobó que estos dos mosquitos se impusieron sobre las otras especies invasoras con mayor impacto en términos de costos económicos.

La elaboración de esta gran base de datos permitió comprobar el impacto masivo de los mosquitos invasores, a través de las molestias que producen y las enfermedades que esencialmente transmiten, y el estudio exploró este aspecto con mayor profundidad y dio lugar a un primer informe sobre el costo que causan estos mosquitos en las zonas que han invadido recientemente.

Carga económica

Todos estos virus se conocen desde hace mucho tiempo, pero es debido a la dispersión de sus vectores por el mundo que hoy todo el planeta está expuesto a su transmisión.

Estos virus, cuando afectan a humanos, provocan enfermedades con síntomas más o menos graves que deben ser tratados y que, para algunos, también pueden provocar secuelas a largo plazo (por ejemplo, el virus Zika) y que generan costos.

El estudio destacó los diferentes tipos de costos asociados con los mosquitos *Aedes* y los virus que transmiten. En particular, los costos médicos directos. Son gastos relacionados con el diagnóstico, el ingreso hospitalario, la hospitalización, los casos ambulatorios, la atención al paciente y el tratamiento de la enfermedad, ya sean pagados por los pacientes o por los proveedores de atención médica.

También existen costos directos no médicos (transporte a los centros de salud, alimentación y alojamiento de los pacientes) y costos indirectos (pérdida de productividad por enfermedad, morbilidad o muerte prematura).

Este estudio permite comprobar la carga económica de estas enfermedades sobre las poblaciones, los sistemas sanitarios y también sobre los países en general, y permite abrir el debate sobre el tema de los costos económicos.

Esta carga es aún mayor para los sistemas de salud que para las poblaciones, porque se supone que los sistemas de salud no sólo deben financiar sus operaciones, sino también la salud de las poblaciones. Esta investigación debería aprovecharse más para comprender qué es necesario hacer para reducir esta carga.

Este costo económico demuestra sobre todo la inseguridad sanitaria en la que viven las poblaciones, especialmente en África.

Prevención

En su boletín de información sobre brotes publicado en diciembre de 2023, la Organización Mundial de la Salud indica que África se encuentra entre las cuatro regiones más afectadas por las enfermedades causadas por los virus Dengue, Chikungunya y Zika.

La prevención es fundamental para reducir los costos económicos inducidos por los mosquitos *Aedes*. Se deben implementar estrategias integradas y sostenibles de control de vectores, con métodos rutinarios y preventivos no insecticidas, así como adulticidas en caso de epidemias. Los estudios de rentabilidad, junto con los análisis de aceptabilidad social, deberían ayudar a orientar las decisiones para combinar los métodos que mejor se adapten al contexto local.

Se deben implementar sistemas de salud resilientes, capaces de adaptarse y operar eficazmente ante perturbaciones o crisis. Esto puede hacerse a través de la anticipación de riesgos: pueden identificarse amenazas potenciales, como es el caso de los mosquitos *Aedes* y las enfermedades que transmiten, para luego implementar estrategias de prevención y mitigación.

La cobertura mundial de inmunización infantil se estancó en 2023, por lo que habrá 2,7 millones más de niños sin vacunar o sin recibir la totalidad de las vacunas en comparación con los niveles anteriores a la pandemia de 2019, según los datos publicados hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).



Las últimas estimaciones de estas dos organizaciones sobre la cobertura nacional de inmunización –que proporcionan el conjunto de datos más amplio y completo del mundo sobre las tendencias de inmunización para la vacunación contra 14 enfermedades– resaltan la necesidad de realizar esfuerzos continuos para la actualización, la recuperación y el fortalecimiento de los sistemas.

“Las últimas tendencias demuestran que en muchos países hay demasiados niños sin vacunar”, afirmó Catherine Mary Russell, Directora Ejecutiva del UNICEF. “Cerrar la brecha de inmunización requiere un esfuerzo mundial para que gobiernos, sus aliados y los dirigentes locales inviertan en atención primaria de salud y en trabajadores comunitarios a fin de garantizar que todos los niños sean vacunados y que se refuerce la atención sanitaria en general”.

Según las conclusiones, el número de niños que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa (triple bacteriana) en 2023 –un marcador clave de la cobertura mundial de inmunización– se mantuvo estable en 84% (108 millones). Sin embargo, el número de niños que no recibieron ni una sola dosis de la vacuna aumentó de 13,9 millones en 2022 a 14,5 millones en 2023.

Más de la mitad de los niños sin vacunar viven en los 31 países con contextos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables, donde los niños son especialmente vulnerables a enfermedades prevenibles debido a las perturbaciones y la falta de acceso a la seguridad, la nutrición y los servicios de salud. Otros 6,5 millones de niños no completaron su tercera dosis de la vacuna triple bacteriana, necesaria para lograr la protección frente a la enfermedad durante la lactancia y en los primeros años de vida.

Estas tendencias, que muestran que la cobertura mundial de inmunización se ha mantenido prácticamente sin cambios desde 2022 y, lo que es más alarmante, todavía no ha vuelto a los niveles de 2019, reflejan los continuos problemas que plantean las interrupciones de los servicios de atención sanitaria, los problemas logísticos, la reticencia sobre las vacunas y las desigualdades en el acceso a los servicios.

La reducción en la cobertura de vacunación está impulsando los brotes de sarampión

Los datos muestran además un estancamiento de las tasas de vacunación contra el sarampión, una enfermedad mortal, lo que dejó a casi 35 millones de niños sin protección o solo con protección parcial.

En 2023, solo 83% de los niños de todo el mundo recibieron su primera dosis de la vacuna contra el sarampión por medio de los servicios sanitarios sistemáticos, mientras que el número de niños que recibieron la segunda dosis aumentó solo modestamente con respecto al año pasado, ya que alcanzó el 74%. Estas cifras no llegan al 95% de cobertura necesario para prevenir brotes, evitar muertes innecesarias por la enfermedad y alcanzar los objetivos de eliminación del sarampión.

En los últimos cinco años, los brotes de sarampión han afectado a 103 países, donde viven aproximadamente tres cuartas partes de los lactantes del mundo. La baja cobertura de vacunación (80% o menos) fue un factor importante. Por el contrario, 91 países con una alta cobertura de vacunación contra el sarampión no sufrieron brotes.

“Los brotes de sarampión son el canario en la mina de carbón, ya que ponen de manifiesto las lagunas en la inmunización, se aprovechan de estas lagunas y golpean primero a los más vulnerables”, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Este problema tiene solución. La vacuna contra el sarampión es barata y puede administrarse incluso en los lugares más difíciles. La OMS se ha comprometido a colaborar con todos sus aliados para ayudar a los países a colmar esas lagunas y proteger lo antes posible a los niños más expuestos”.

Sustancial aumento de la cobertura mundial de la vacuna contra el VPH en las niñas

Los nuevos datos también ponen de relieve algunos puntos brillantes en la cobertura de inmunización. La introducción constante de vacunas nuevas y subutilizadas, incluidas las del virus del papiloma humano (VPH) y las de la meningitis, el neumococo, la poliomielitis y el rotavirus, sigue ampliando el alcance de la protección, especialmente en los 57 países que reciben apoyo de la Alianza para las Vacunas (GAVI).

Por ejemplo, la proporción de niñas adolescentes a nivel mundial que recibieron al menos una dosis de la vacuna contra el VPH, que proporciona protección contra el cáncer de cuello uterino, aumentó de 20% en 2022 a 27% en 2023, impulsada en gran medida por una sólida implantación en países apoyados por GAVI, como Bangladesh, Indonesia y Nigeria. El uso del esquema de dosis única de la vacuna contra el VPH también ayudó a impulsar la cobertura de la vacuna.

“La vacuna contra el VPH es una de las vacunas con mayores repercusiones de la cartera de GAVI, y es increíblemente alentador que ahora esté llegando a más niñas que nunca”, declaró la Dra. Sania Nishtar, Directora General de GAVI. “Con las vacunas ahora disponibles para más de 50% de las niñas elegibles en los países africanos tenemos mucho trabajo por delante, pero hoy en día podemos ver que es un camino muy despejado hacia la eliminación de esta terrible enfermedad”.

Sin embargo, la cobertura de la vacuna contra el VPH está muy por debajo del objetivo del 90% para [eliminar el cáncer de cuello uterino](#) como problema de salud pública, ya que solo llega a 56% de las adolescentes en los países de ingresos altos y a 23% en los países de ingresos bajos y medios.

Una encuesta reciente realizada a más de 400.000 usuarios de la plataforma digital del UNICEF para jóvenes, [U-Report](#), reveló que más de 75% no sabe o no está seguro de lo que es el VPH, un dato que subraya la necesidad de mejorar la accesibilidad a la vacuna y la concienciación pública. Cuando se les informó sobre el virus, su relación con el cáncer y la existencia de una vacuna, 52% de las personas encuestadas indicó que quería recibir la vacuna contra el

VPH, pero que se lo impedían las limitaciones económicas (41%) y la falta de disponibilidad (34%).

Se necesita una sólida acción local para llegar con las vacunas a todo el mundo

Aunque en algunas regiones, como África y los países de ingresos bajos, se han registrado avances modestos, las últimas estimaciones ponen de relieve la necesidad de acelerar los esfuerzos para alcanzar los objetivos de la Agenda de Inmunización 2030 (IA2030), que pide que se alcance una cobertura de 90% y se reduzca a menos de 6,5 millones la cifra de niños con “dosis cero” en todo el mundo para 2030.

El Consejo de Asociados de la IA2030 pidió una mayor inversión en innovación y una mayor colaboración. El Consejo también recomendó a los aliados que intensifiquen su apoyo al liderazgo de los países para mejorar la inmunización sistemática como parte de sus programas integrados de atención primaria de la salud, respaldados por un sólido apoyo político, liderazgo comunitario y financiación sostenible.

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

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

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