

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de dengue
- Río Negro: Brote de norovirus en un hotel de San Carlos de Bariloche
- Salta: Investigaciones ambientales en Guachipas por un posible nuevo genotipo de hantavirus

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica ante el incremento de casos de fiebre de Oropouche en la Región

- Estados Unidos: Un hospital de Washington hace una llamada de atención sobre la enfermedad de Chagas

EL MUNDO

- Camboya: Nuevo caso humano de influenza aviar A(H5N1) en la provincia de Svay Rieng
- Egipto: Un ejemplo para África en la lucha contra la hepatitis
- India: Aumentan los casos de encefalitis japonesa en Assam
- Italia: Más de 200 excursionistas afectados de norovirus en Corse

- Marruecos: Un brote de sarampión causa la muerte de siete niños en Chichaoua

- Portugal: Son 34 los casos de sarampión en lo que va del año

- Sudán del Sur: Aumentan los casos de hepatitis E en el estado de Unity

- Túnez: Seis muertes humanas por rabia en la primera mitad del año

OPINIÓN

- Palestina: ¿Qué significa que haya poliovirus en Gaza?

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.

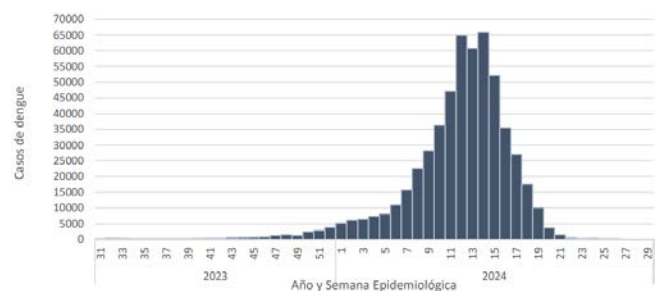
28/07/2024

A nivel nacional, la semana epidemiológica (SE) 29 de 2024 fue la 15ª SE de descenso en el número de casos de dengue, luego de registrarse el pico de la temporada entre las SE 12 y 14 de 2024. De las 19 jurisdicciones que presentaron circulación viral en esta temporada, solo tres han notificado más de dos casos autóctonos confirmados por laboratorio en las últimas tres SE (27 a 29): Corrientes, Chaco y Formosa, de la región Noreste Argentino (NEA). Jurisdicciones como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Salta, San Luis y Santiago del Estero, presentan casos aislados en investigación para establecer el lugar probable de adquisición de la infección y la vía de transmisión.

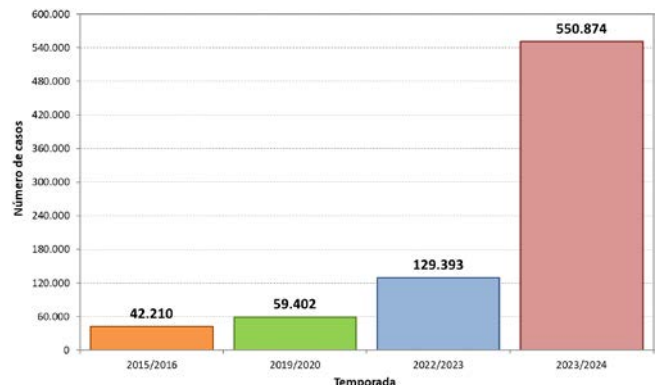
En términos acumulados, se han notificado 550.874 casos de dengue entre la SE 31 de 2023 y la SE 29 de 2024, de los cuales 533.610 (96,9%) corresponden al año 2024. La incidencia acumulada hasta el momento en la temporada es de 1.170 casos cada 100.000 habitantes.

Los casos acumulados hasta la SE 29 representan 4,26 veces lo registrado en el mismo período de la temporada 2022/2023 y 9,3 veces lo registrado en el mismo período de la temporada 2019/2020.

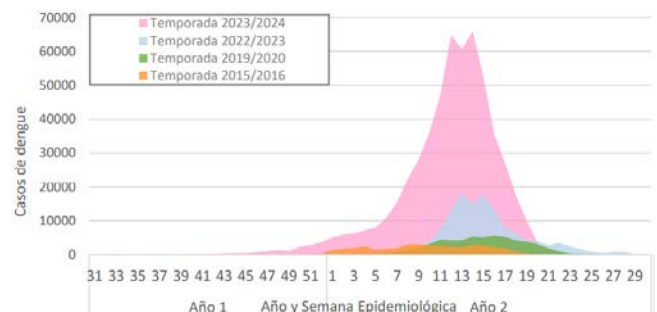
En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada hasta el momento es la de la región Noroeste Argentino (NOA), con 2.311 casos cada 100.000 habitantes, seguida por la NEA, con 1.638, la Centro con 1.092, Cuyo con 308; y Sur con 46 casos cada 100.000 habitantes. En cuanto al aporte de casos absolutos,



Casos totales por semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 29 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos acumulados en temporadas epidémicas, entre semanas epidemiológicas 31 a 29. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos por semana epidemiológica en temporadas epidémicas. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

la región Centro aportó el 60,0% de todos los casos notificados, seguida por las regiones NOA (24,9%) y NEA (12,9%); las regiones Cuyo y Sur aportan 2,2% en su conjunto.

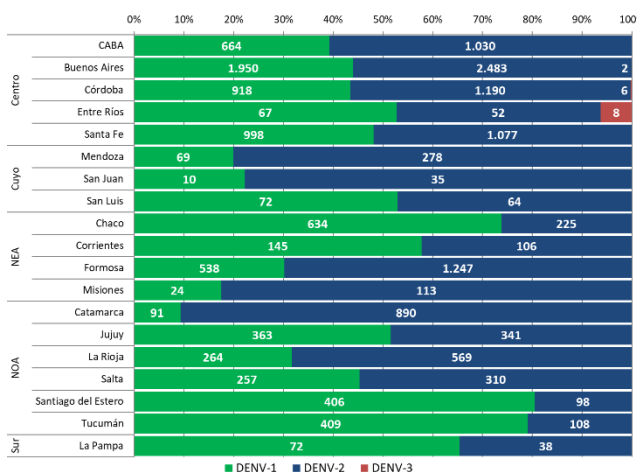
Provincia/Región	Temporada 2023/2024 (SE 31 a SE 29)			Año 2024 (SE 1 a SE 29)		
	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	25.269	24.298	56.138	25.217	24.247	55.485
Buenos Aires	106.659	31.806	147.613	106.409	31.569	146.282
Córdoba	126.483	10.810	150.071	126.400	10.727	148.828
Entre Ríos	19.176	4.745	24.368	19.154	4.724	24.086
Santa Fe	53.060	16.886	76.530	52.924	16.751	75.280
Centro	330.647	88.545	454.720	330.104	88.018	449.961
Mendoza	4.609	1.749	8.993	4.603	1.743	8.913
San Juan	2.121	698	3.214	2.118	695	3.203
San Luis	3.783	771	4.505	3.775	765	4.472
Cuyo	10.513	3.218	16.712	10.496	3.203	16.588
Chaco	28.483	21.679	42.196	21.591	15.181	31.516
Corrientes	10.729	7.685	15.461	9.147	6.125	12.813
Formosa	16.747	16.541	18.553	10.309	10.179	10.456
Misiones	15.232	8.815	22.070	13.659	7.461	18.764
Noreste Argentino	71.191	54.720	98.280	54.706	38.946	73.549
Catamarca	11.040	6.574	15.305	11.036	6.570	15.215
Jujuy	14.158	3.867	20.140	14.153	3.862	19.804
La Rioja	11.018	1.408	13.977	11.018	1.408	13.928
Salta	17.898	7.478	31.160	17.874	7.454	29.946
Santiago del Estero	18.119	4.185	24.454	18.044	4.110	23.872
Tucumán	64.851	28.871	85.990	64.815	28.836	84.947
Noroeste Argentino	137.084	52.383	191.026	136.940	52.240	187.712
Chubut	187	88	352	184	86	344
La Pampa	530	477	1.422	529	476	1.411
Neuquén	184	140	389	173	129	363
Río Negro	98	24	170	98	24	163
Santa Cruz	264	176	484	214	126	415
Tierra del Fuego	176	127	274	166	117	262
Sur	1.439	1.032	3.091	1.364	958	2.958
Total Argentina	550.874	199.898	763.829	533.610	183.365	730.768

Casos confirmados y notificaciones totales. Argentina. Temporada 2023/2024 (de semana epidemiológica 31 de 2023 a 29 de 2024) y año 2024 hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud. Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Circulación de serotipos

En la presente temporada, hasta el momento, se han identificado tres serotipos en casos autóctonos. De 18.222 casos serotificados sin antecedentes de viaje, 10.254 (56,28%) corresponden a DENV-2, 7.951 (43,63%) a DENV-1 y 17 (0,09%) a DENV-3.

Se detectaron 181 casos de coinfección por los serotipos DENV-1 y DENV-2, correspondientes principalmente a las regiones Centro, NOA y NEA. Dos corresponden a casos fallecidos, en las provincias de Chaco y Salta.



Distribución proporcional de serotipos según jurisdicción de residencia. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 29 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Morbimortalidad por grupos etarios

Entre la SE 31 de 2023 y la SE 29 de 2024, el 55% de los casos correspondió a personas de sexo femenino y 45% de sexo masculino. La incidencia acumulada más elevada y el mayor número de casos se observa en personas de 10 a 39 años. La incidencia más baja se registra en los mayores de 80 años y en los menores de 10 años.

En el mismo período, 1.601 casos fueron clasificados como dengue grave (0,29%) en 20 jurisdicciones, y se registraron 415 casos fallecidos en 18 jurisdicciones. El 55% de los casos fallecidos correspondió a personas de sexo femenino, y 45% de sexo masculino. La mediana de edad de los casos fallecidos fue de 49 años. Los casos fallecidos se registraron en todos los grupos de edad, con la mayor tasa de mortalidad en los mayores de 80 años, seguidos por los de 70 a 79 años, de 60 a 69 años y de 50 a 59 años.

En los casos fallecidos, la mediana de edad en la región Centro es mayor que en las demás regiones; Cuyo y NEA presentan las medianas de edad más bajas, seguidas por la NOA (la región Sur no registró casos fallecidos).

Los signos y síntomas más frecuentes entre los casos fallecidos con información clínica completa (352 casos) fueron: fiebre (82% de los casos), cefalea (52%), mialgias (51%), artralgias (33%), náuseas y vómitos (30%), dolor abdominal (29%), trombocitopenia (24%) y diarrea (24%).

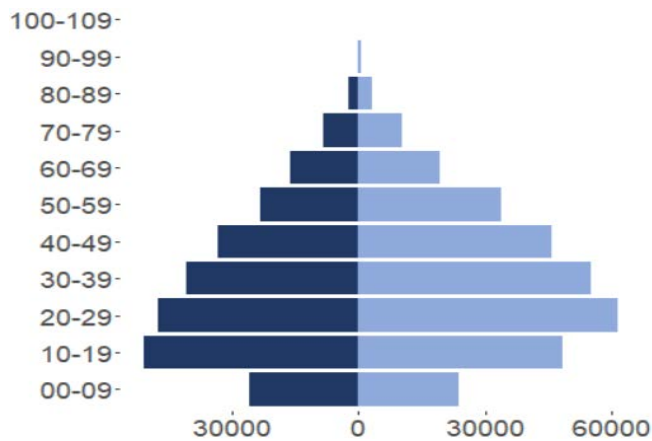
En 158 casos fallecidos (38%) se registraron comorbilidades, siendo las más frecuentes: enfermedad cardíaca, obesidad, diabetes, enfermedad neurológica crónica e insuficiencia renal crónica. Hasta el momento, no se registraron datos sobre comorbilidades preexistentes en los 257 casos fallecidos restantes (62%).

En 186 de los casos se pudo determinar el serotipo involucrado: 109 casos correspondieron al serotipo DENV-2, 75 casos al serotipo DENV-1, y en dos casos se detectó coinfección por ambos serotipos.

La mediana de días transcurridos entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de consulta entre los casos fallecidos fue de tres días. La mediana de días entre la fecha de consulta y de fallecimiento fue de tres días. La mediana de días entre la fecha de inicio de síntomas y el fallecimiento fue de seis días.

Dengue en personas gestantes y transmisión vertical

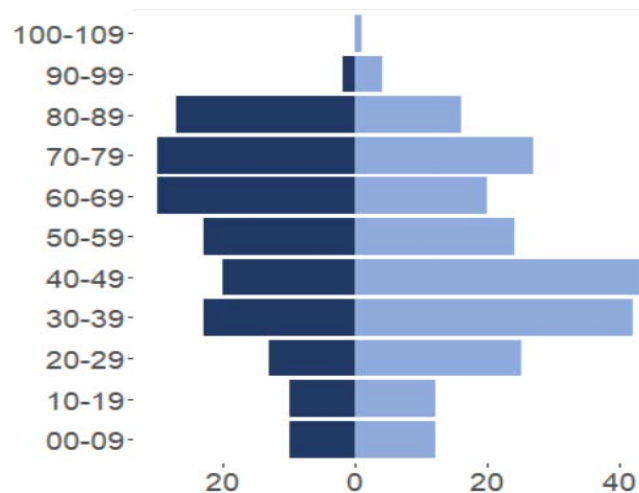
Se registraron 2.361 casos de dengue en personas gestantes, con una mediana de edad de 27 años; 21 casos se notificaron como dengue grave y cuatro casos fallecieron. Hasta el momento, se registraron 19 casos de transmisión vertical de dengue. Los casos fueron notificados en



Casos notificados, según grupos etarios y sexo. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 29 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Tasa de incidencia y mortalidad cada 100.000 habitantes según grupo etario. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 29 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos fallecidos, según grupos etarios y sexo. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2023 a 29 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Santa Fe (12), San Luis (3), Córdoba (2), Buenos Aires (1) y Misiones (1). Todos los neonatos presentaron buena evolución y recibieron el alta médica. No se notificaron secuelas.

Dengue en niños y adolescentes

Se registraron hasta el momento 149.324 casos en menores de 20 años (incidencia acumulada de 1.018 casos cada 100.000 habitantes), de los cuales 324 se notificaron como dengue grave (0,22%) y hubo 44 fallecidos (tasa de letalidad específica de 0,03%). El 26% presentó condiciones de riesgo asociadas.

El 54% de los casos fallecidos correspondió a personas de sexo femenino y el 45% de sexo masculino, con una mediana de edad de 10 años. Se registraron muertes en todos los grupos de edad, con la mayor tasa de mortalidad en el grupo de 15 a 19 años, seguido por el de 5 a 9 años.

Los signos y síntomas más frecuentes entre los casos fallecidos menores de 20 años con información clínica completa (38 casos) fueron: fiebre (87%), cefalea (48%), náuseas y vómitos (38%), dolor abdominal (35%), mialgias (35%) y diarrea (22%). De los 37 fallecidos con información clínica completa, 24 presentaron al menos algún signo y/o síntoma gastrointestinal (65%).

En 11 casos fallecidos se registraron condiciones de riesgo (26%), siendo las más frecuentes: embarazo (3) y enfermedad cardíaca (2). Hasta el momento, no se registraron datos sobre condiciones preexistentes en los 31 casos fallecidos restantes (74%). En 27 de los casos se pudo determinar el serotipo involucrado: 17 casos correspondieron al serotipo DENV-2 y 10 casos al serotipo DENV-1. En la región Centro, la mediana de edad de los casos fallecidos fue de 15,5 años, mientras que en las regiones NOA y NEA la mediana de edad fue de 8,5.

La mediana de días transcurridos entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de consulta entre los casos fallecidos fue de dos días, mientras que entre la fecha de consulta y fallecimiento fue de un día. La mediana de días entre la fecha de inicio de síntomas y el fallecimiento fue de cuatro días. En cuanto a la oportunidad de la notificación, la mediana de días entre la fecha de consulta y la de apertura de los casos fue de tres días.

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue se realiza “por temporada”, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la semana epidemiológica 31 de un año hasta la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

El 2 de agosto, el Hospital Zonal 'Dr. Ramón José Carrillo' de San Carlos de Bariloche emitió un comunicado respecto de más de 180 casos de gastroenteritis en grupos de estudiantes egresados durante las últimas semanas de julio. El equipo de Epidemiología del nosocomio local envió muestras a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', las que dieron como resultado la presencia de norovirus, un virus altamente contagioso que provoca gastroenteritis aguda. El norovirus se transmite a través del contacto con personas infectadas, el consumo de alimentos o agua contaminados y el contacto con superficies contaminadas.



Causa una gastroenteritis autolimitada en personas de cualquier edad, aunque los casos más severos ocurren en niños y ancianos. Los principales síntomas asociados a la infección por norovirus incluyen diarrea, vómitos, dolor abdominal, náuseas, fiebre y cefalea. La duración de la enfermedad es de 12 a 60 horas con un período de incubación de 24 a 48 horas.

Los primeros indicios de alerta comenzaron el 16 de julio, cuando la Municipalidad de San Carlos de Bariloche recibió una denuncia sobre casos de gastroenteritis en un hotel que alojaba a un contingente de estudiantes egresados. De inmediato, se notificó a la Unidad Regional de Epidemiología y Salud Ambiental (URESA) de la zona andina y al área de Epidemiología del Hospital Zonal para que tomaran cartas en el asunto.

El 17 de julio, personal de Epidemiología, Salud Ambiental y Bromatología de la Municipalidad se dirigieron al hotel afectado para investigar la situación. Se constató que varios huéspedes presentaban síntomas de gastroenteritis, con el vómito como síntoma predominante. Tras una auditoría exhaustiva de la cocina y el comedor, además de la medición de los niveles de cloro en el agua, se descartó, por las condiciones halladas, que hayan sido la fuente del contagio.

Se tomaron muestras de los afectados y se enviaron a la ANLIS en Buenos Aires para su análisis. Los resultados confirmaron la presencia del norovirus.

Hasta la fecha, se han contabilizado 181 casos de gastroenteritis entre los 1.500 estudiantes que se alojaron en el hotel en las últimas dos semanas. La mayoría de los casos se registraron en la tercera semana de julio, pero la situación ha mejorado considerablemente gracias a la implementación de estrictas medidas de limpieza y desinfección. Actualmente, solo hay dos casos activos, ambos con evolución favorable.

Las autoridades sanitarias han reforzado las pautas de seguridad para prevenir nuevos brotes, incluyendo la intensificación de la limpieza y desinfección en todas las áreas del hotel. Se instó a los responsables de establecimientos hoteleros y gastronómicos a seguir estas recomendaciones para garantizar la salud y el bienestar de sus huéspedes.

El Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta, a través del programa de Zoonosis, está llevando a cabo una exhaustiva investigación en la localidad de Alemanía, Guachipas, lugar donde semanas atrás se registró el fallecimiento por hantaviriosis de una persona de 16 años.

En conjunto con el hospital, las municipalidades de La Viña y de Guachipas y el equipo del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui', a cargo de María Laura Martín, se desplegó un amplio estudio ambiental que incluye la captura y análisis de roedores en áreas de potencial riesgo.

El objetivo principal es determinar el origen de la infección y evaluar el riesgo para la comunidad, implementando las medidas preventivas necesarias.

La identificación de estos casos, atípicos para la zona, subraya la importancia de la prevención y la colaboración de la comunidad. El equipo del Programa de Zoonosis, a cargo de Nicolás Ruiz de Huidobro, está realizando un estudio que abarca tanto la investigación epidemiológica de los casos como el análisis ambiental. La captura de roedores en lugares estratégicos permitirá analizar la presencia del virus y comprender su distribución.

Resultados de la muestra de la persona fallecida

El 31 de julio, el INEVH confirmó la infección por hantavirus en el caso investigado. Los estudios preliminares de secuenciación del genoma viral sugieren la posibilidad de un nuevo genotipo. En una primera instancia se obtuvo una baja identidad nucleotídica con secuencias previas obtenidas de pacientes reportados en Argentina. La mayor identidad se obtuvo con una secuencia obtenida de un roedor capturado en la provincia de Misiones.

El informe además marca como antecedente que en Salta se ha reportado la presencia de los genotipos Orán y Bermejo (*Orthohantavirus andesense*) y virus Laguna Negra (*Orthohantavirus negroense*) y el genotipo Buenos Aires se ha detectado en la localidad de Yerba Buena, en la provincia de Tucumán. En este nuevo caso, cuyo lugar de riesgo de contagio más probable es el departamento Guachipas (localidad de Alemanía) se ha identificado un genotipo no identificado previamente.

Debido a la gran distancia genética parcial con otros hantavirus conocidos, es posible que este virus tenga un reservorio diferente a las especies de roedores hoy conocidas como tales, por lo que es necesario reforzar la investigación mediante trabajo de campo para poder identificar la especie de roedor y obtener secuencias virales completas.

Es por eso que el Ministerio de Salud Pública instó a los residentes de Alemanía y zonas aledañas a colaborar en la prevención, manteniendo limpios sus hogares y alrededores, almacenando alimentos de forma segura, ventilando espacios cerrados y evitando el contacto con roedores. Ante cualquier síntoma sospechoso, se recomendó buscar atención médica de inmediato. La prevención y la acción conjunta son fundamentales para proteger a la comunidad del hantavirus.

Situación epidemiológica

El director de Epidemiología, Francisco García Campos, recordó que, en la provincia, “en el año 2024, hasta la semana epidemiológica 30, se han registrado 12 casos, distribuidos principalmente en los departamentos de Orán, San Martín, Anta y el último en Guachipas, y se registraron tres fallecimientos a causa de esta enfermedad, uno en cada uno de los departamentos mencionados”.

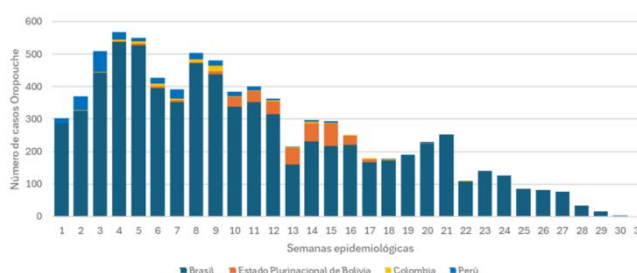
El caso más reciente, ocurrido en Guachipas, corresponde a una joven de 16 años. “Es considerado atípico debido a que la transmisión en esa región es inusual, por lo que, como medida preventiva, se ha intensificado la vigilancia del hantavirus en las áreas operativas de La Viña y Cafayate por un período de 90 días. Actualmente, hay cuatro pacientes en estudio de esa zona, con sospechas de haber contraído la enfermedad”, informó el especialista.



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA ANTE EL INCREMENTO DE CASOS DE FIEBRE DE OROPOUCHE EN LA REGIÓN

01/08/2024

Considerando el incremento de casos notificados de fiebre de Oropouche en 2024, incluyendo áreas en las que no se habían registrado históricamente casos, así como la identificación de casos fatales asociados a la infección por el virus de Oropouche (OROV) y los posibles casos de transmisión vertical del virus y sus consecuencias, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una [alerta epidemiológica](#) instando a los Estados Miembros a reforzar la vigilancia, e implementar el diagnóstico de laboratorio para la identificación y caracterización de los casos, incluyendo casos fatales y de transmisión vertical potencialmente asociados a la infección por el OROV.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche, según país. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Resumen de la situación

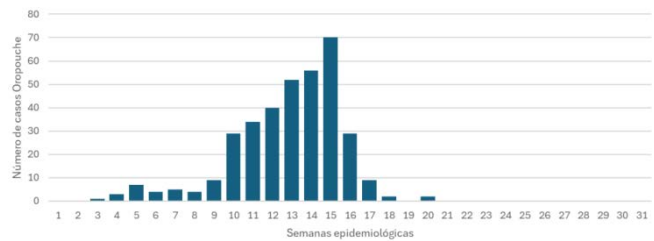
En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 29, se notificaron 8.078 casos confirmados de fiebre de Oropouche, incluidas dos defunciones en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en cinco países de la Región: Brasil (7.284 casos, incluidas dos defunciones), Bolivia (356 casos), Perú (290 casos), Colombia (74 casos) y Cuba (74 casos). Desde la [alerta epidemiológica](#) publicada el 9 de mayo de 2024 se notificaron 2.885 casos adicionales en la Región en: Brasil (2.701 casos), Cuba (74 casos), Bolivia (43 casos), Colombia (36 casos) y Perú (31 casos).

En cuanto a los casos de transmisión vertical de la infección por el OROV y sus consecuencias, Brasil notificó una muerte fetal y un aborto en el estado de Pernambuco y cuatro casos de recién nacidos con microcefalia, identificados por estudios retrospectivos en los estados de Acre y Pará. Adicionalmente, Brasil informó que se están investigando otros tres posibles casos de transmisión vertical y sus consecuencias en el estado de Pernambuco, correspondientes a tres muertes fatales.

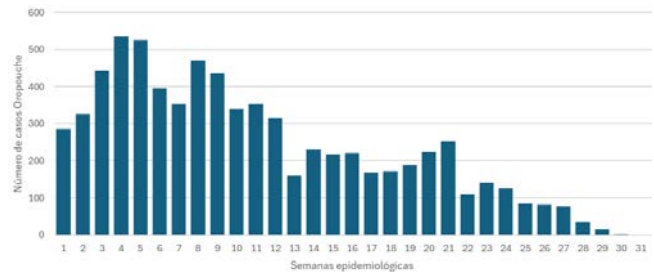
A continuación, se brinda un resumen de la situación en los países que han notificado casos confirmados de fiebre de Oropouche durante 2024.

Bolivia

En 2024, hasta la SE 29, se notificaron 356 casos confirmados por laboratorio mediante la técnica de biología molecular (reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa, RT-PCR). Se registró la transmisión en tres departamentos: La Paz (268 casos; 75,3% del total), Beni (76 casos; 21,3%) y Pando (12 casos; 3,4%). Los casos se reportaron en 16 municipios que son considerados endémicos para esta enfermedad, con la mayor proporción de casos notificados en los municipios de Irupana, La Paz (33% de los casos), seguido de La Asunta, La Paz (13%), Chulumani, La Paz (12%) y Guayaramerín, Beni (12%). El 50% de los casos (179 casos) corresponde al sexo femenino y la mayor proporción se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (70 casos; 20% del total). No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por el OROV. Adicionalmente, entre las SE 12 y 15 de 2024 se notificaron cinco casos de coinfección de fiebre de Oropouche y dengue en pacientes de tres municipios del departamento de La Paz, los cuales presentaron resultados positivos para dengue (RT-PCR) con serotipificación DENV-1 (un caso) y DENV-2 (cuatro casos).



Casos confirmados de fiebre de Oropouche. Bolivia. Año 2024, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Centro Nacional de Enlace de Bolivia para el Reglamento Sanitario Internacional.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche. Brasil. Año 2024, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Centro Nacional de Enlace de Brasil para el Reglamento Sanitario Internacional.

Brasil

En 2024, hasta la SE 30, se notificaron 7.284 casos confirmados por laboratorio mediante la técnica de biología molecular (RT-PCR). La mayoría de los casos han tenido como lugar probable de infección municipios de los estados del norte. La región amazónica, considerada endémica para el OROV, concentra 75,7% de los casos registrados en el país, con seis estados notificando casos: Amazonas (3.224 casos), Rondônia (1.709), Acre (265), Roraima (239), Pará (74), y Tocantins (2).

Adicionalmente, se ha documentado la transmisión autóctona en diez estados no amazónicos, algunos de los cuales no habían reportado casos previamente: Bahia (831 casos), Espírito Santo (420), Santa Catarina (165), Pernambuco (92), Minas Gerais (83), Rio de Janeiro (64), Ceará (39), Piauí (28), Maranhão (19) y Mato Grosso (17). También se están investigando casos registrados en los estados de Amapá (7 casos), Paraná (3), Sergipe (2) y Paraíba (1), para establecer el lugar probable de infección. En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, 51,9% (3.779 casos) corresponden al sexo masculino y la mayor proporción de casos se registró en el grupo de 30 a 39 años (1.541 casos; 21,2%).

El Centro Nacional de Enlace (CNE) de Brasil para el Reglamento Sanitario Internacional informó sobre dos defunciones asociadas a la infección por el OROV y otra que se encuentra bajo investigación.

Estos casos fatales fueron identificados mediante un análisis retrospectivo en el estado de Bahia. Uno corresponde a una mujer de 24 años, residente del municipio de Valença, estado de Bahia, que presentó inicio de síntomas el 23 de marzo de 2024, que consistieron en fiebre, dolor de cabeza, dolor retroorbitario, mialgia, dolor abdominal intenso, diarrea, náuseas y vómitos. No presentaba antecedentes de comorbilidades. El 23 de marzo buscó atención médica, siendo dada de alta con manejo ambulatorio y consultando en varias ocasiones. El 26 de

marzo fue hospitalizada y el 27 de marzo, falleciendo luego de 13 horas del ingreso en la unidad hospitalaria. El 27 de marzo de 2024, se recolectaron muestras de suero, las cuales fueron enviadas al Laboratorio Central de Salud Pública de Bahia (LACEN-BA). El 26 de abril se confirmó la presencia de genoma del virus mediante pruebas de biología molecular (RT-PCR). Las muestras resultaron negativas por detección molecular y pruebas serológicas para otros arbovirus (Dengue, Zika, Chikungunya y Mayaro).

El otro caso fatal es el de una mujer de 21 años, residente en Camamú, estado de Bahia. Presentó inicio de síntomas el 6 de mayo de 2024, consistentes en fiebre, mialgia, cefalea, dolor retroorbital, dolor en las extremidades inferiores, astenia y dolor articular. Después de cuatro días, desarrolló una erupción rojiza con manchas moradas, sangrado (nasal, gingival y vaginal), seguido de debilidad, somnolencia y vómitos. No presentaba antecedentes de comorbilidades. El 9 de mayo fue ingresada en una unidad de salud del Hospital Municipal y fue trasladada a un segundo hospital debido a somnolencia, emesis persistente, con cianosis en extremidades, sangrado de encías, epistaxis, sangrado vaginal y presencia de petequias extendidas. Debido a su condición crítica la paciente falleció dos horas después de su admisión. El 10 de mayo del 2024, se recolectaron muestras de suero, las cuales fueron enviadas al LACEN-BA. El 18 de mayo se confirmó la presencia de genoma del virus mediante pruebas de biología molecular (RT-PCR) y serológicas en las muestras de sangre analizadas. Las muestras resultaron negativas por detección molecular y pruebas serológicas para otros arbovirus (Dengue, Zika, Chikungunya y Mayaro).

El caso fatal que se encuentra en investigación corresponde a un hombre de 57 años, residente del municipio de Apucarana, estado de Paraná, con probable lugar de infección en el estado de Santa Catarina. Presentó inicio de síntomas el 11 de abril de 2024, consistentes en fiebre, dolor de cabeza, mialgia, dolor abdominal intenso, diarrea, náuseas y hemorragia digestiva. No presentaba antecedentes de comorbilidades. El 15 de abril buscó atención médica y falleció el mismo día. El 15 de abril se recolectaron muestras de suero, que fueron enviadas al Laboratorio Central de Salud Pública. El 24 de abril se confirmó la presencia de genoma del virus mediante pruebas de biología molecular (RT-PCR). Las muestras resultaron negativas por detección molecular y pruebas serológicas para otros arbovirus (Dengue, Zika, Chikungunya, fiebre amarilla y Mayaro).

En cuanto a los casos de transmisión vertical que se encuentran bajo investigación en el país, hasta el 25 de julio del 2024 se han identificado: un caso de muerte fetal y un aborto en el estado de Pernambuco y cuatro casos de recién nacidos con microcefalia, identificados por estudios retrospectivos en los estados de Acre y Pará.

Adicionalmente, el 30 de julio de 2024, el CNE de Brasil informó a la OPS/OMS que se están investigando otros tres posibles casos de transmisión vertical y sus consecuencias en el estado de Pernambuco, correspondientes a tres muertes fetales, en los municipios de Ipojuca, Recife y Sirinhaém. En uno de estos casos se detectó el genoma del OROV en muestras de tejidos y sangre del feto mediante técnica de RT-PCR y los dos casos restantes continúan en investigación.

Colombia

En 2024, hasta la SE 29, se han notificado 74 casos confirmados en tres departamentos del país: Amazonas (70 casos), Caquetá (1) y Meta (1), a los que se suman dos casos procedentes de Tabatinga (Brasil). Los casos fueron identificados mediante una estrategia retrospectiva de búsqueda de casos por laboratorio implementada por el Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia a partir de la vigilancia de dengue (38 casos) y por investigación de síndromes

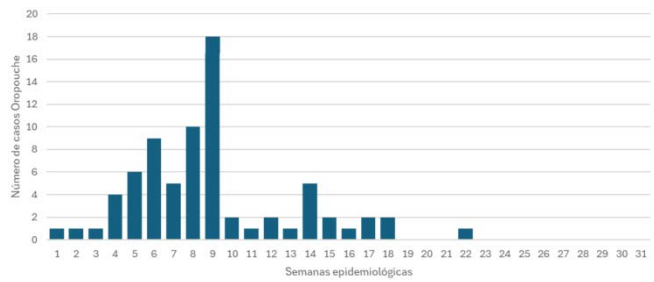
febriles (36 casos). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, 51,4% (38 casos) corresponde al sexo femenino, y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 10 a 19 años (27 casos; 36,5%). No se han registrado defunciones asociadas a la infección por el OROV.

Cuba

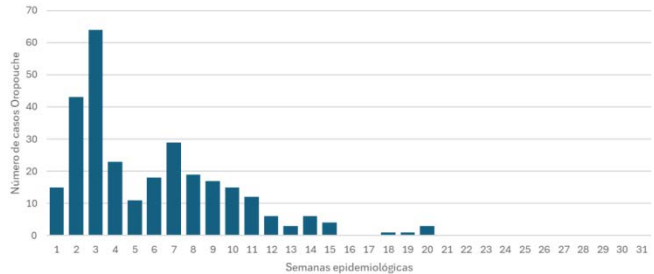
El 27 de mayo de 2024, el Ministerio de Salud Pública de Cuba notificó el primer brote de fiebre de Oropouche. Se notificaron 74 casos confirmados en las provincias de Santiago de Cuba (54 casos) y Cienfuegos (20). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, 50% (38 casos) corresponde al sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 15 a 19 años (12 casos; 16% del total). No se han reportado defunciones asociadas a la infección por el OROV.

Perú

En 2024, hasta la SE 29, se han notificado 290 casos confirmados en cinco departamentos, siendo el mayor número de casos reportados a la fecha en este país. Los departamentos en donde se notificaron los casos confirmados son: Loreto (193 casos), Madre de Dios (47), Ucayali (41), Huánuco (8) y Tumbes (1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, 52% (150 casos) corresponde al sexo masculino, y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 30 a 39 años (115 casos; 40% del total).



Casos confirmados de fiebre de Oropouche. Colombia. Año 2024, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Centro Nacional de Enlace de Colombia para el Reglamento Sanitario Internacional.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche. Perú. Año 2024, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Centro Nacional de Enlace de Perú para el Reglamento Sanitario Internacional.

Investigadores de un centro médico de Washington DC confirmaron que existía una alta prevalencia de la enfermedad de Chagas en una muestra de inmigrantes latinoamericanos hospitalizados por afecciones cardíacas.

De 97 adultos que se sometieron a un ecocardiograma transtorácico por síntomas cardíacos y que inmigraron de un país endémico de la enfermedad en América Latina, 16 dieron positivo para la infección por *Trypanosoma cruzi*.



La seroprevalencia de la enfermedad de Chagas aumentó hasta 25% en el subgrupo de pacientes con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 50% o inferior. En aquellos con bloqueo de la rama derecha del haz de His, la seroprevalencia fue tan alta como 31,6%, señala el [artículo](#).

Sin embargo, 91,7% de los pacientes nunca había oído hablar de la enfermedad de Chagas, a pesar de provenir de una región endémica. Esto subraya la necesidad crítica de aumentar las iniciativas de concienciación y los esfuerzos de extensión comunitaria en Estados Unidos para educar a los pacientes, lo que puede desempeñar un papel fundamental en la mejora de las tasas de detección.

El informe refuerza la necesidad de examinar a las personas con factores de riesgo epidemiológico para la enfermedad de Chagas.

Las [Recomendaciones para la detección y el diagnóstico de la enfermedad de Chagas en Estados Unidos](#) incluyen a las personas que nacieron o vivieron durante un período prolongado en México y América Central y del Sur, independientemente de que presenten o no signos o síntomas visibles, entre los grupos que deben ser examinados.

Con la migración humana, la Asociación Estadounidense del Corazón dijo que la enfermedad crónica ha afectado a [más de 300.000 personas en Estados Unidos](#) desde 2018.

La seroprevalencia de 16,5% de la infección por *T. cruzi* en este estudio no era sorprendente y estaba en línea con la literatura. Por ejemplo, un estudio de 2013 de la ciudad de New York informó una prevalencia de 13% de la enfermedad de Chagas en inmigrantes latinoamericanos con miocardiopatía dilatada. Otro trabajo informó una prevalencia de 19% en personas con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 40% o inferior en Los Ángeles.

El presente estudio transversal se llevó a cabo en el MedStar Washington Hospital Center desde julio de 2021 hasta noviembre de 2022. Se incluyeron todos los adultos que se habían sometido a un ecocardiograma transtorácico allí, debido a síntomas como dolor torácico, arritmia, accidente cerebrovascular, síncope, electrocardiograma anormal, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST o insuficiencia cardíaca (excluidos los pacientes con enfermedad coronaria significativa conocida y embarazo). La población del estudio se redujo

aún más a aquellos que habían inmigrado de un país endémico de la enfermedad de Chagas en América Latina.

Finalmente, 97 personas cumplieron los criterios del estudio y aceptaron participar (edad media 59,9 años, 34% mujeres, 65% de El Salvador). Sus muestras de sangre se enviaron para realizar pruebas serológicas comerciales de *T. cruzi*; las muestras positivas se enviaron posteriormente a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos para realizar pruebas confirmatorias adicionales.

Entre quienes dieron positivo en la prueba para detectar *T. cruzi*, 81,3% dijo que provenía de regiones rurales endémicas. Todos reconocieron al insecto triatomino vector cuando se les mostró una fotografía en color del mismo.

Con base en estos hallazgos y siguiendo las recomendaciones publicadas, los autores recomiendan realizar pruebas serológicas diagnósticas de infección por *T. cruzi* en pacientes que vivieron en regiones rurales endémicas o que reconocen al insecto triatomino y tienen sospecha clínica de la enfermedad de Chagas.

Una de las principales limitaciones del estudio fue que la muestra fue muy seleccionada y pequeña, lo que limita la generalización de los resultados.

La enfermedad de Chagas, también conocida como tripanosomosis americana, es causada por la infección por *Trypanosoma cruzi* y es endémica en todos los países continentales de América Latina. Si no se tratan, algunas infecciones crónicas pueden progresar a complicaciones cardíacas, como insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares, trastornos de la conducción y accidente cerebrovascular. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos estiman que entre 20% y 30% de las personas con infección crónica por *T. cruzi* desarrollan enfermedad cardíaca.

La infección suele producirse en la primera infancia. El parásito puede transmitirse por la picadura de un insecto triatomino, por los alimentos, durante el embarazo o el parto, a través de productos sanguíneos y mediante el trasplante de órganos. Si bien algunas personas pueden no enfermar en absoluto, otras desarrollan síntomas como hinchazón de párpados, fiebre, sarpullido y diarrea.

La enfermedad de Chagas se puede curar si se administra tratamiento en la fase aguda, o las primeras semanas o meses de la infección. Existen dos tratamientos antiparasitarios aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos: benznidazol para niños de 2 a 12 años, y nifurtimox para niños desde su nacimiento hasta que cumplen 18 años.

La Organización Mundial de la Salud estima que entre 6 y 7 millones de personas en todo el mundo, principalmente en América Latina, están infectados con *T. cruzi*. Se estima que la enfermedad de Chagas es la indicación más frecuente para implantes de marcapasos en Brasil.



CAMBOYA

NUEVO CASO HUMANO DE INFLUENZA AVIAR A(H5N1) EN LA PROVINCIA DE SVAY RIENG

02/08/2024

El Ministerio de Salud de Camboya anunció la detección de un nuevo caso de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en un niño de 4 años en la provincia de Svay Rieng.

El Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Camboya confirmaron el 30 de agosto que el niño dio positivo al virus de la influenza aviar A(H5N1). El niño vive en la aldea de Chrung Porpel, comuna de Meram, distrito de Romeas Hek, provincia de Svay Rieng.

El niño presentó síntomas de fiebre, tos, dificultad para respirar y somnolencia. El estado del paciente ha mejorado y se encuentra recibiendo cuidados intensivos.

Según la investigación epidemiológica, unos 12 días antes de que el niño enfermara en su casa, había estado en contacto con varios pollos muertos que habían sido comprados para ser consumidos.

El Equipo de Respuesta a Emergencias Nacional y Subnacional del Ministerio de Salud cooperó con los grupos de trabajo del Ministerio de Agricultura, Silvicultura y Pesca y el Ministerio de Medio Ambiente y las autoridades locales de Svay Rieng para investigar y contener el brote de influenza aviar.

El Ministerio de Salud dijo que estaba haciendo un seguimiento de acuerdo con los métodos correctos y los protocolos técnicos, y que los investigadores continúan buscando fuentes de transmisión de la influenza aviar tanto en animales como en humanos, y permanecen atentos a cualquier otro caso para prevenir la transmisión a otros en la comunidad.

El Ministerio también recordó a todos que la influenza aviar A(H5N1) continúa siendo una amenaza para la salud de los ciudadanos de todas las edades.

Las autoridades recomendaron a las personas que presenten fiebre, tos, secreción nasal o dificultad para respirar, y que hayan estado en contacto con pollos enfermos o muertos durante los 14 días anteriores a la aparición de los síntomas, que no acudan a reuniones o lugares concurridos. Las personas enfermas deben acudir inmediatamente al centro médico más cercano para recibir tratamiento.

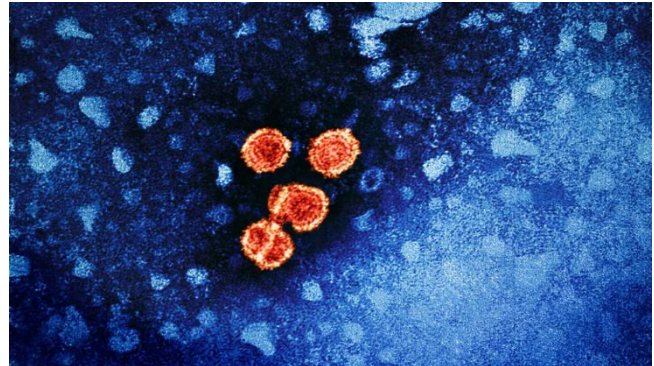
Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualizados al 5 de julio de 2024, desde el 1 de enero de 2003 y hasta el 3 de mayo de 2024, se ha notificado un total de 254 casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en cuatro países de la región del Pacífico Occidental: Camboya, China, Laos y Vietnam. De estos casos, 141 fueron mortales, lo que dio como resultado una tasa de letalidad de 56%. El último caso en la región del Pacífico Occidental se notificó en China, con fecha de inicio del 26 de marzo de 2024.

En todo el mundo, desde el 1 de enero de 2003 hasta el 3 de mayo de 2024, se notificaron 889 casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en 23 países. De esos 889 casos, 463 fueron mortales (tasa de letalidad de 52%).

Durante 2020, los virus de influenza aviar altamente patógena (IAAP) A(H5N1) clado 2.3.4.4b surgieron de virus de influenza A(H5Nx) que circulaban previamente y se propagaron predominantemente a través de aves migratorias a muchas partes de África, Asia y Europa. La epizootia ha provocado un número sin precedentes de muertes en aves silvestres y ha causado brotes en aves de corral domésticas. A fines de 2021, estos virus cruzaron a América del Norte y posteriormente a América del Sur en octubre de 2022. Además, a nivel mundial, ha habido un aumento de las detecciones de virus A(H5N1) en especies no aviares, incluidos mamíferos terrestres y marinos silvestres y domésticos (incluidos los de compañía y de granja) y, más recientemente, en cabras y ganado lechero en Estados Unidos. La mayoría, con algunas excepciones regionales, de los virus IAAP A(H5N1) caracterizados genéticamente desde 2020 pertenecen al clado 2.3.4.4b. Desde principios de 2021, se han notificado a la OMS 28 detecciones de influenza A(H5N1) en humanos, incluido un caso de una persona que había estado expuesta a ganado lechero que se presume que estaba infectado con el virus. De estos casos humanos, en los que se conoce el clado H5 de la hemaglutinina (HA), 13 han sido causados por virus del clado 2.3.4.4b.

Al 25 de febrero de 2023, Camboya había notificado dos infecciones humanas por el virus de la influenza aviar A(H5N1). Se cree que estos casos son resultado de la exposición a aves/aves de corral infectadas. Se está llevando a cabo una investigación para intentar confirmar la fuente de las infecciones y detectar posibles casos adicionales. Con base en la secuenciación genética preliminar realizada en el país, el Ministerio de Salud de Camboya identificó estos virus como pertenecientes al clado 2.3.2.1c, que han circulado en Camboya entre las aves/aves de corral durante muchos años. Estos virus han provocado raras infecciones humanas aisladas en el pasado, pero estos dos casos son las primeras infecciones de este tipo notificadas en Camboya desde 2014. Los virus 2.3.2.1c en Camboya son diferentes de los virus A(H5N1) que circulan actualmente en aves y aves de corral silvestres en Estados Unidos y otros países, que corresponden al clado 2.3.4.4b.

Los autores del [informe de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\) sobre la hepatitis de 2024](#) subrayan que un país como Egipto ha demostrado que es posible avanzar hacia la eliminación de las hepatitis virales con compromiso político y financiero, una implementación efectiva de la estrategia nacional y la producción local de medicamentos.



Virus de la hepatitis B

El país norteafricano ha diagnosticado a 87% de las personas que viven con hepatitis C y ha proporcionado tratamiento curativo a 93% de ellas, superando los objetivos de nivel oro de la OMS de diagnosticar al menos a 80% de los pacientes y proporcionar tratamiento a al menos 70% de los diagnosticados.

“Estos éxitos también pueden estar al alcance de otros países y aún es posible alcanzar el objetivo de eliminación de la OMS para 2030, si se toman medidas rápidas ahora”, afirman los expertos.

Por tanto, el informe prescribe acciones como detección, tratamiento, prevención y movilización de financiación innovadora de todas las fuentes.

A esto se suma el compromiso comunitario (involucrando a las poblaciones afectadas y a la sociedad civil en la respuesta a las hepatitis virales) y la continuación de los programas de investigación sobre las hepatitis virales para mejorar los diagnósticos y trabajar en la búsqueda de una cura para la hepatitis B.

Folly Anyovi, especialista en virología y genética molecular y fundadora de la Asociación Salvar África de la Hepatitis (ASADH), precisó que, para superar verdaderamente las hepatitis B y C, “es necesario vacunar sistemáticamente a los recién nacidos desde el nacimiento, examinar sistemáticamente a las mujeres embarazadas en las consultas prenatales, tratar a los pacientes infectados con el virus, si es posible, sin esperar a que desarrollen cirrosis”.

Anyovi añadió que también es necesario introducir en la rutina el cribado sistemático de la hepatitis D, reducir o subvencionar el costo del tratamiento de la hepatitis C en África y sensibilizar, examinar y vacunar a las poblaciones más vulnerables.

De hecho, la cobertura de las intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis en la Región de África de la OMS sigue siendo muy baja y por debajo del promedio mundial, según los expertos de la organización.

Según el reciente informe que cubre el año 2022, el número de muertes causadas por hepatitis virales en África se estima en 307.000, de las cuales 272.000 muertes se relacionan con la hepatitis B y 35.000 con la hepatitis C.

A nivel mundial, el número estimado de muertes por hepatitis virales aumentó de 1,1 millones en 2019 a 1,3 millones en 2022, incluido 83% por hepatitis B y 17% por hepatitis C. Cada día, la hepatitis B o C mata a 3.500 personas en todo el mundo.

Prevalencia

La prevalencia de la hepatitis B viral crónica en la población africana general se estima en 5,8% y la de la hepatitis C en 0,7%; mientras que el número total de infecciones por hepatitis B asciende a 64,7 millones de personas (de todas las edades) frente a 7,8 millones de hepatitis C.

África concentra 63% de las nuevas infecciones por hepatitis B, o 771.000, frente a las 172.000 nuevas infecciones por hepatitis C.

“Menos de 5% de las personas con hepatitis B en la región han sido diagnosticadas, y sólo 5% de ellas ha recibido tratamiento”, explicó Françoise Renaud, del Departamento de Programas Globales sobre VIH, Hepatitis e ITS de la OMS y coautora del informe.

La región, continúa, “también tiene la cobertura más baja de la dosis de la vacuna administrada al nacer, de 18% frente a una cobertura mundial de 45%”, recordando de paso que la hepatitis viral es un problema “importante” de salud pública.

Según esta experta, los servicios están más disponibles en los establecimientos de atención especializada, y no en los de atención primaria de salud. “Sólo un tercio de los países encuestados por la OMS ofrecen servicios gratuitos contra las hepatitis virales”, añade.

El informe indica que países como Nigeria (15,7 millones de infecciones) y Etiopía (8,4 millones) se encuentran entre los países que representan dos tercios de la carga mundial de hepatitis B y C, las cepas más mortales del virus.

Factores de dispersión

Según Daniel Low-Beer, epidemiólogo de la OMS, el aumento de las muertes relacionadas con las hepatitis virales, en particular la hepatitis B, puede atribuirse a varios factores, entre ellos la baja cobertura de diagnóstico y tratamiento y el envejecimiento de la población con hepatitis B.

Este último también culpa a las perturbaciones causadas por la covid, que han ralentizado la ampliación del acceso al tratamiento en muchos países de ingresos bajos y medios.

Para Ndioura Diallo, hepatogastroenterólogo y presidente de la ONG SOS Hépatites Guinée, todos los factores, particularmente psicológicos y socioeconómicos, que favorecen la propagación de las hepatitis virales están presentes en el África Subsahariana.

“Hay desconocimiento entre los pacientes, falta de higiene (alimentación y ambiente). Pero sobre todo la pobreza de los enfermos. No pueden pagar el diagnóstico ni los medicamentos. Pude realizar una pequeña investigación. Según los resultados obtenidos, de 100 personas con hepatitis, sólo 35 pudieron hacer el diagnóstico y pagar la medicación”, argumenta.

El informe de la OMS también indica que de los 64,7 millones de infecciones por hepatitis B registradas en África en 2022, sólo 2,7 millones fueron diagnosticadas y sólo 150.000 recibieron tratamiento a fines de 2022. Esto representa una tasa de cobertura de diagnóstico de 4,2% y una cobertura de tratamiento de 0,2%. entre las personas con hepatitis B a fines de 2022.

En cuanto a la hepatitis C, un millón de personas han sido diagnosticadas sobre 8 millones de casos de infecciones y 200.000 personas han recibido tratamiento, a fines de 2022. Es decir, una tasa de cobertura de 13% para el diagnóstico y de 3% para el tratamiento.

Assam ha estado experimentando un aumento en los casos de encefalitis japonesa en los últimos meses, dijeron funcionarios en Guwahati el 2 de agosto.

Desde el 1 de abril de este año, el Hospital de la Facultad de Medicina de Guwahati (GMCH) admitió a 90 pacientes que padecían la infección por el letal flavivirus; de ellos, 22 fallecieron.

El número de pacientes con encefalitis japonesa ha aumentado significativamente este año. En 2023, un total de 54 personas fueron ingresadas en el hospital, según el Dr. Abhijit Sarma, superintendente del GMCH.

“En este momento, 40 pacientes reciben atención en el GMCH; cuatro de ellos están gravemente enfermos, mientras que los demás se encuentran estables. Lamentablemente, 22 pacientes fallecieron; muchos de ellos fueron ingresados cuando su condición había empeorado”, dijo Sarma el 2 de agosto.

Agregó que varios pacientes fueron trasladados al GMCH para recibir atención terciaria después de haber sido admitidos en hospitales privados y, cuando llegaron, su condición ya se había deteriorado gravemente.

“Los resultados de la Escala de Coma de Glasgow (GCS) de estos pacientes fueron sorprendentemente bajos; algunos de ellos obtuvieron una puntuación tan baja como 3/15, lo que denota un deterioro grave de la conciencia. Esto influyó en el aumento de la tasa de mortalidad que se observó este año”, dijo el médico.

Además, Sarma enfatizó las dificultades en el tratamiento de la encefalitis japonesa, señalando que ningún medicamento puede tratar la infección.

“La encefalitis japonesa siempre se trata con síntomas. A los pacientes que tienen fiebre se les recetan medicamentos para bajar la fiebre. Si tienen convulsiones, reciben tratamiento. Además, se utilizan inyecciones como el manitol para aliviar los síntomas. Hasta ahora, 23 personas se han recuperado”, afirmó.

El alto profesional de la salud también instó a las personas a acudir al hospital tras la aparición inmediata de síntomas como fiebre alta, desorientación, baja conciencia, convulsiones, etc.

El estado de Assam sigue experimentando un aumento de los casos de encefalitis japonesa. Esta es la temporada de transmisión de la enfermedad, por lo que se pueden esperar más casos. El virus de la encefalitis japonesa es endémico en Assam y cada año se producen casos allí.

El informe anterior no menciona si los pacientes estaban vacunados contra la enfermedad. La vacunación es una medida preventiva práctica y eficaz. El control de los mosquitos vectores para detectar la presencia del virus de la encefalitis japonesa también sería una medida sensata para indicar dónde hay zonas de alto riesgo de transmisión. Aunque el control de los mosquitos vectores es difícil, el monitoreo de los mosquitos vectores para detectar la presencia del virus de la encefalitis japonesa proporcionaría una indicación de que se está produciendo la transmisión del virus y puede ser útil como base para la educación pública sobre la necesidad de evitar las picaduras de mosquitos o una indicación sobre dónde se pueden centrar las campañas de vacunación para humanos.

Al menos 236 personas presentaron problemas estomacales derivados de una gastroenteritis mientras caminaban por el sendero GR20 de Corse, una epidemia que habría comenzado a fines de junio, según la Agencia Regional de Salud (ARS) de Corse.

Los primeros resultados de las investigaciones, realizadas por la ARS en colaboración con Salud Pública de Francia y el Parque Natural Regional de Corse, indican que probablemente un norovirus está generando este aluvión de enfermos en la isla francesa.



Una de las playas de aguas transparentes de Corse.

Tras la investigación realizada, se estima que la epidemia comenzó probablemente a fines de junio, con un pico observado el 12 de julio. Entre el 1 y el 15 de julio se registraron al menos 236 pacientes. No obstante, no se registraron casos graves, y sólo siete personas debieron ser hospitalizadas.

Los síntomas incluyen diarrea, dolor abdominal, fatiga, náuseas y vómitos. La investigación no se cierra a la posibilidad de que una bacteria sea la causante de este episodio.

Los datos recogidos muestran un descenso del número de casos en los últimos días. Pero aunque el pico epidémico haya pasado, es crucial permanecer alerta.

Las actividades al aire libre conllevan el riesgo de consumir alimentos contaminados o agua no potable. El GR20 es un sendero recorrido por muchos turistas y visitantes locales, pero que, según algunos, no ofrece un mínimo de facilidades sanitarias. Siendo un recorrido de aventura, lo menos que puede hacerse es dotarlo de mayores facilidades, de manera tal que aquellas personas que practiquen deportes de campo no se vean expuestos a diversos agentes patógenos, destacando el norovirus, materia de este reporte.

La provincia de Chichaoua enfrenta una crisis sanitaria tras registrarse la muerte de siete niños a causa del sarampión. La última de estas muertes ocurrió el pasado fin de semana en un niño de 12 años de edad.

Los informes locales indican que el sarampión se está propagando de manera alarmante en varias zonas de la provincia de Chichaoua, incluidas Ait Haddou Youssef, Lalla Aaziza y Chichaoua.

Varias organizaciones y activistas de derechos civiles y humanos pidieron al Ministerio de Salud y Protección Social y a su delegación en Chichaoua que intervengan urgentemente para salvar las vidas de niños y ancianos. También pidieron el lanzamiento de una campaña integral de concientización y vacunación para enfrentar el brote de esta enfermedad viral.

En reacción al deterioro de la situación, la Federación de Asociaciones de Chichaoua expresó su descontento por la “política de oídos sordos” aplicada por la delegación regional del Ministerio de Salud y Protección Social en Chichaoua. La federación anunció en un comunicado la organización de una protesta, cuya fecha y lugar se determinarán más adelante, para expresar su enfado por la negligencia observada en la gestión de la crisis del sarampión.

La federación añadió que el sarampión ha provocado la muerte de más niños en la región de Chichaoua desde diciembre de 2023, ante la falta de las medidas de campo necesarias y del fortalecimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica y de las campañas de vacunación, especialmente en distritos remotos y alejados de los centros de las comunidades territoriales.

Las asociaciones denunciaron también la falta de apoyo a los consejos electos y la falta de seriedad en la interacción con las demandas de la sociedad civil para proporcionar servicios de salud adecuados y acceso a tratamientos básicos.

Esta situación pone de relieve la necesidad urgente de una intervención inmediata y eficaz por parte de las autoridades sanitarias para mejorar la situación y proporcionar la protección necesaria a las comunidades afectadas, y garantizar que este tipo de tragedias sanitarias no vuelvan a ocurrir en el futuro.

La Dirección General de Salud (DGS) informó que, entre el 1 de enero y el 21 de julio de 2024, se confirmaron 34 casos de sarampión en Portugal, de un total de 225 casos sospechosos notificados, y un caso está siendo investigado. De los casos de sarampión reportados hasta la fecha se han descartado 190 casos.

Se confirmaron tres nuevos casos de sarampión en la región de Lisboa e Vale do Tejo, y se están tomando medidas para identificar los contactos sin carné de vacunación o con inmunización incompleta, lo que intenta interrumpir las cadenas de transmisión.

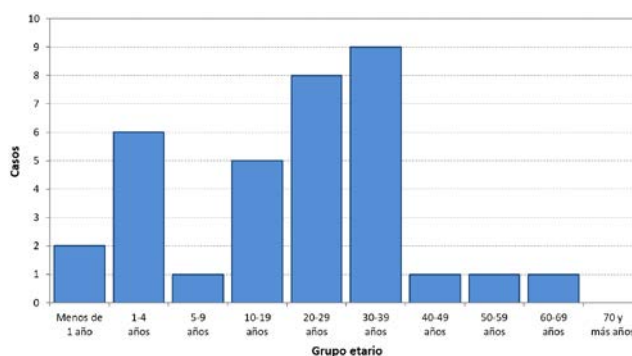
Lisboa e Vale do Tejo es la región donde se confirmaron más casos (19), seguida de las regiones Norte (10 casos) y Centro (4). En la región autónoma de Madeira, se registró un caso.

Cinco pacientes requirieron internación; no se registran muertes.

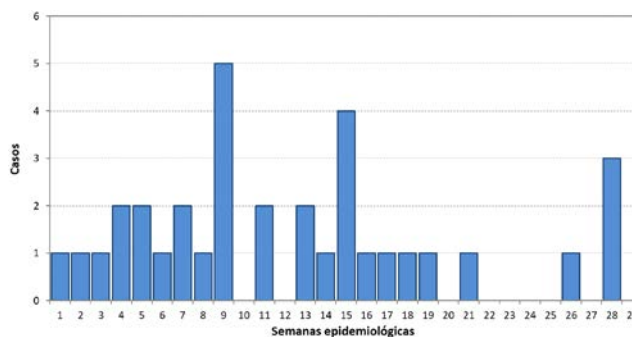
El primero de los casos confirmados fue el de un niño de 20 meses de edad, no residente en Portugal y sin vacunas.

En el ámbito de la actividad de vigilancia epidemiológica del sarampión, la DGS destacó la importancia de la notificación inmediata de los casos sospechosos en la plataforma informática que soporta al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de acuerdo con el marco legal vigente, asegurando una intervención oportuna para reducir las cadenas de transmisión.

La DGS reforzó la importancia de la vacunación de acuerdo con el Programa Nacional de Vacunación.



Casos confirmados de sarampión, según grupo etario. Portugal. Año 2024, hasta el 21 de julio. Fuente: Dirección General de Salud.



Casos confirmados de sarampión por semana epidemiológica. Portugal. Año 2024, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Dirección General de Salud.



Al menos 1.300 personas se han visto afectadas por la hepatitis E en el estado de Unity desde que se declaró un brote en febrero hasta el 29 de julio de 2024, informó el Ministerio de Salud del estado.

El Ministerio dijo que la mayoría de las víctimas estaban en el campamento de desplazados internos de Bentiu, en la ciudad de Rubkonta, y en el campamento de la ciudad de Bentiu.

El ministerio dijo el 30 de julio que la primera infección se informó en 2018, y otras 26 en 2023, y la cifra ahora había aumentado a 1.300.

El Director General de Salud del Estado, Dr. Duol Biem, dijo el 29 de julio que había declarado el brote de hepatitis E en la ciudad de Rubkonta, la ciudad de Bentiu y los campamentos de desplazados internos de Bentiu.

Dijo que el Ministerio de Salud estaba plenamente consciente del brote, que atribuyó al uso de agua sucia y a la falta de letrinas higiénicas. “La hepatitis E afecta a la comunidad cuando hay escasez de letrinas limpias y agua limpia”, dijo.

“La semana pasada celebramos la primera reunión para abordar los desafíos que enfrenta la comunidad en Rubkonta, el campamento de la ciudad de Bentiu y el campamento de desplazados internos de Bentiu. Vamos a celebrar una segunda reunión el 1 de agosto para abordar las malas condiciones de salud en el campamento de desplazados internos de Bentiu”, dijo Biem.

El Ministerio de Salud del Estado, en colaboración con socios y agencias de la Organización de Naciones Unidas, está planeando realizar vacunaciones contra la hepatitis E.

Biem dijo que los trabajadores sanitarios del campamento para desplazados internos de Bentiu informaban diariamente de nuevas infecciones en el campamento para desplazados internos.

“Siempre los identificamos cuando los examinamos en un hospital. Los síntomas son náuseas, vómitos, ictericia, fiebre, anorexia, dolores articulares y hepatomegalia”, explicó Biem.

“Mi mensaje a la comunidad es que limpien sus letrinas porque estamos en época de lluvias, lo cual es particularmente riesgoso”.

El campamento de desplazados internos de Bentiu es la zona más poblada del estado de Unity, de ahí los casos frecuentes de infecciones.

El director de la Sociedad de Veterinarios de Túnez, Ahmed Ragab, dio la alarma sobre la propagación de la rabia en el país y calificó la situación de “catastrófica”, ya que el número de muertes humanas a causa de esta enfermedad llegó a seis durante el primer semestre de este año, lo que equivale al número total de muertes registradas para todo el año 2023 como consecuencia de esta enfermedad.



Ahmed Ragab dijo el 1 de agosto que la Sociedad de Veterinarios advirtió en numerosas ocasiones que el fracaso de las autoridades competentes –el Ministerio de Agricultura– causará una exacerbación de esta desastrosa situación, subrayando la necesidad de acelerar la resolución de los problemas a nivel de la agencia de salud.

Dijo que las autoridades pertinentes son conscientes de estos problemas y sin embargo no han intervenido a pesar de que este escenario indica un deterioro de la situación epidemiológica, destacando que la prevención mediante la vacunación es la principal solución para proteger el ganado en Túnez y así proteger a las personas.

Ahmed Ragab indicó que “la solución reside en conceder un poder sanitario a los veterinarios del sector privado para vacunar contra la rabia al mayor número posible de animales a precios nominales para garantizar la inmunidad de la manada. Y esto, sin olvidar que una persona mordida, arañada o lamida por un animal rabioso debe acudir rápidamente a los centros de vacunación acreditados incluso antes de que aparezcan los síntomas”.

Seis personas murieron de rabia en 2023 en Túnez, y durante el mismo año se registraron más de 350 muertes de animales.

Durante los primeros seis meses de 2024, murieron seis personas como resultado de la enfermedad y el número total de muertes entre animales superó los 200 casos.

En Túnez, la rabia es endémica y enzoótica desde hace décadas. Los perros son el principal vector y reservorio. El perro es la fuente de la mayor parte de los contagios de rabia en humanos y otras especies animales domésticas. El análisis espacial de los casos de rabia en animales revela que la enfermedad se limita al norte y centro de Túnez y un bajo número de casos en animales en el sur. A pesar de la existencia de una estrategia de control basada en la vacunación masiva anual, el tratamiento posterior a la exposición de las víctimas y el sacrificio de los perros callejeros, los resultados de la aplicación del programa de control de la rabia son insuficientes y la enfermedad sigue siendo enzoótica tanto en animales como en humanos. Por lo tanto, es esencial reducir la exposición humana mediante el control de la enfermedad en su fuente animal.

La semana pasada, se detectaron [poliovirus](#) en muestras de aguas residuales en Gaza, una situación alarmante pero poco sorprendente, dado el desmantelamiento de los sistemas de salud del territorio tras nueve implacables meses de guerra. En [Gaza](#) han muerto más de 38.000 personas, 89.000 han resultado heridas y siguen desaparecidas más de 10.000. La mayoría de los hospitales ya no funcionan. Las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y la hepatitis A, entre otras enfermedades, ya campan a sus anchas en Gaza. [Casi todas las personas](#) en ese territorio se enfrentan a la inseguridad alimentaria aguda y a una catastrófica falta de alimentos y [la malnutrición se ceba con miles de niños](#), con lo que son aún más vulnerables a la enfermedad.



Unos 2,3 millones de personas viven en los 365 km² de la Franja de Gaza, que se concentran aún más debido al acceso limitado a agua limpia y apta para el consumo y el deterioro de las condiciones de saneamiento. Desde principios de mayo, casi un millón de gazatíes han sido trasladados de Rafah a Jan Yunis y a Deir El-Balah, donde se detectaron las muestras de poliovirus.

Aunque aún no se han registrado casos de poliomielitis, si no se toman medidas de inmediato es solo cuestión de tiempo que los poliovirus lleguen a los miles de niños que han quedado desprotegidos. Los menores de cinco años corren riesgo, y sobre todo los menores de dos años porque muchos de ellos no han sido vacunados en los nueve meses de conflicto.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) envía más de un millón de vacunas anti-poliomielíticas a Gaza, que se administrarán en las próximas semanas para evitar que la enfermedad se ensañe con los niños. Ahora bien, sin un alto el fuego inmediato y una enérgica aceleración de la ayuda humanitaria, así como una campaña de vacunación centrada específicamente en los niños de corta edad, seguirá habiendo muertes por enfermedades prevenibles y heridas que pueden tratarse.

Hemos constatado repetidamente que la poliomielitis medra en lugares afectados por conflictos e inestabilidad. En 2017, en una Siria devastada por la guerra, un brote de variantes de

¹ Tedros Adhanom Ghebreyesus es director general de la Organización Mundial de la Salud.

poliovirus –una mutación de virus salvajes que puede propagarse en poblaciones insuficientemente inmunizadas– dejó paralizados a 74 niños. Ahora mismo en Somalia, una guerra civil que ya dura una década ha provocado la más larga cadena ininterrumpida de transmisión de variantes de poliovirus en todo el mundo, en circulación desde 2017. En Afganistán y Pakistán, los dos últimos países en que los poliovirus salvajes aún dejan a niños paralizados, las crisis humanitarias y la inseguridad persistente han impedido doblegar el virus de una vez por todas.

Ahora, los niños atrapados en Gaza viven esta misma amenaza sin un lugar al que acudir. Antes del conflicto la cobertura vacunal era de 99%. Ahora esa tasa ha descendido a 86%, una cifra peligrosa que deja bolsas de niños sin vacunar por las que el virus puede circular. Un sistema de salud diezmado, la falta de seguridad, la destrucción de las infraestructuras, el desplazamiento masivo de la población y la escasez de suministros médicos han impedido que los niños reciban muchas de las vacunas vitales.

Solo 16 de los 36 hospitales de Gaza funcionan –con servicios reducidos– y menos de la mitad de los establecimientos de atención primaria siguen en marcha. Al mismo tiempo, 70% de todas las bombas de aguas residuales de Gaza han quedado destruidas y no funciona ni una sola de las plantas de tratamiento de aguas residuales, lo que constituye el caldo de cultivo perfecto para la propagación de enfermedades.

En este difícil contexto, los trabajadores de la salud arriesgan su vida para atender a la población: desde operar sin electricidad a analizar muestras de aguas residuales para detectar enfermedades mortales. Que se hayan detectado poliovirus en Gaza antes de declararse un brote de poliomiélitis parálítica a gran escala es testimonio de estos increíbles esfuerzos, dado que el sistema de vigilancia de enfermedades ha quedado drásticamente reducido por la inseguridad.

Durante más de tres décadas, la [Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis \(GPEI\)](#) –integrada por Rotary International, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Alianza para las Vacunas (GAVI), y la Fundación Bill y Melinda Gates– ha prestado apoyo a las autoridades de salud de todo el mundo para establecer y mantener sistemas de vigilancia de enfermedades capaces de detectar los virus, además de otras amenazas de salud que puedan surgir, en cualesquiera circunstancias.

En [Siria](#), esos sistemas contribuyeron a detectar y frenar el brote de variantes de poliovirus de 2017, tras un puñado de campañas de vacunación casa por casa. El año pasado, las actividades de vigilancia en Ucrania revelaron un brote de variantes de poliovirus a causa de la guerra en curso. Dos niños quedaron paralizados, antes de que una rápida respuesta de vacunación detuviera el virus.

En una situación de dificultades y peligro extremos, la comunidad internacional tiene la responsabilidad de no dejar a nadie atrás y dar prioridad a la salud y el bienestar. No es algo inaudito: desde la guerra civil de El Salvador en la década de 1980 hasta el conflicto en la región sudanesa de Darfur a principio de los años 2000, se han negociado periodos de alto el fuego llamados “Días de Tranquilidad” para interrumpir las guerras y velar por que las vacunas vitales lleguen a las comunidades atrapadas en zonas inaccesibles afectadas por conflictos.

Hoy, la detección de poliovirus en Gaza es otro recordatorio aleccionador de la difícil situación a la que se enfrenta la población. La continuación del conflicto no solo incrementará el número de víctimas mortales en el territorio, también obstaculizará los esfuerzos por detec-

tar y responder a amenazas prevenibles para la salud, como la poliomielitis. Aunque se han puesto en marcha actividades inmediatas para llegar a todos los niños con la vacuna antipoliomielítica, en última instancia un alto el fuego y la entrada sin trabas de la ayuda son las únicas formas definitivas de proteger a la población y prevenir un brote fulminante. El mundo mira. La gran pregunta es: ¿Cuándo hará algo?

RESIDENCIA DE CARDIOLOGIA

HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

- DURACION 4 AÑOS - INCLUYE AÑO PREVIO DE CLINICA MEDICA
- AVAL POR CONEAU - CATEGORIA "B"
- GUARDIAS DE 12 HORAS EN UNIDAD CORONARIA.
- SALARIO DE CARGO DOCENTE UNIVERSITARIO.



CLASES SEMANALES



ACTUALIZACIONES
BIBLIOGRAFICAS



ATENEOS CLINICOS
SEMANALES



POSTGRADO
DE FEDERACION
ARGENTINA DE
CARDIOLOGIA

SANTA ROSA N° 1564
CONTACTO: CARDIOLOGIAHNC@GMAIL.COM

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.