

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por el clado I de la mpox
- Bolivia: Búsqueda de tracoma en comunidades indígenas del Trópico de Cochabamba
- Bolivia: Santa Cruz declara la alerta epidemiológica por un caso importado de sarampión

- Estados Unidos: La covid descendió a la 10^{ma} causa principal de muerte en 2023

- Estados Unidos: Siguen en aumento los casos de listeriosis vinculados con el consumo de embutidos

- Panamá: Reforzaron la vigilancia ante dos nuevos casos de fiebre por hantavirus en Tonosí

EL MUNDO

- España: Se confirmaron 15 casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo desde 2013

- Europa: Ya se registraron 19 casos importados de fiebre de Oropouche en la Región

- Italia: Brote de legionelosis en Milán

- República Democrática del Congo: Alerta por casos sospechosos de enfermedad por el virus del Ébola en Bas-Uele

- Taiwán: Once casos autóctonos de melioidosis tras el paso del tifón Gaemi

- La OMS convoca a expertos para decidir si el brote de mpox es una emergencia de salud pública de importancia internacional

- Situación epidemiológica global de la poliomielitis

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.

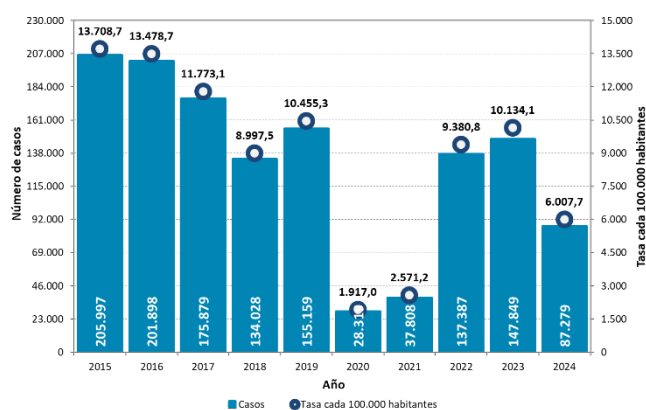
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 29, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 87.279 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, con una tasa de incidencia acumulada de 6.007,7 casos cada 100.000 menores de 2 años.

El número de notificaciones en los nueve años previos (2015-2023) muestra que los años con mayor número de casos entre las SE 1 y 29 fueron 2015 (205.997 casos) y 2016 (201.898 casos), con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019, con un nuevo descenso y valores inusualmente bajos en 2020 (28.319 casos) y 2021 (37.808 casos). En los años 2022 y 2023 se registra nuevamente un aumento de las notificaciones. En el año 2024 las notificaciones son menores respecto de los registros históricos, superando únicamente las de 2020 y 2021.

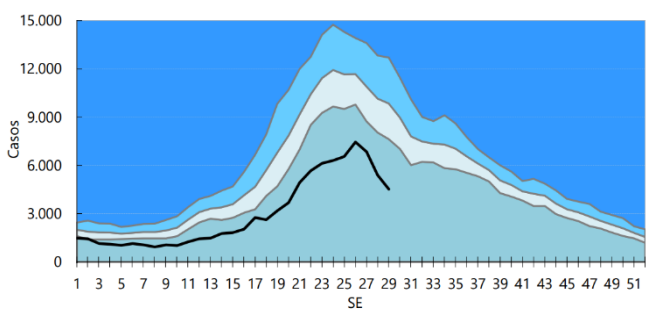
En las primeras dos SE del año las notificaciones oscilaron entre la zona de éxito y seguridad, ubicándose posteriormente dentro de los límites esperados, en relación a los registros históricos. Las notificaciones presentan una tendencia ascendente desde la SE 11 y alcanzan su máximo en la SE 26, con un descenso en las semanas siguientes.

Vigilancia en UMAs¹

¹ El objetivo de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs) es mantener la vigilancia y monitoreo de la bronquiolitis en menores de 2 años en pacientes ambulatorios en las 24 jurisdicciones del país, logrando así una representatividad geográfica. Adicionalmente, entre aquellos casos que cumplen con la definición de enfermedad tipo influenza, se realiza un muestreo aleatorio o sistemático para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y virus sincicial respiratorio mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

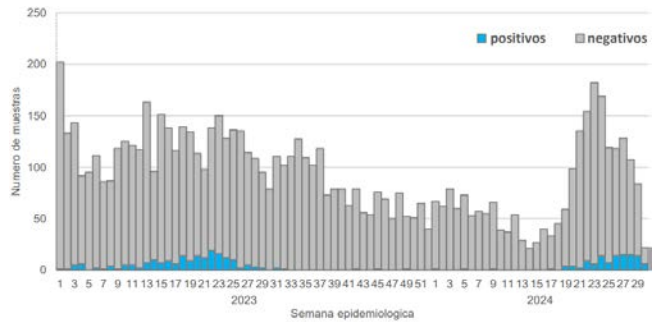


Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2024, en base a datos de los años 2015/2023 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 2024, hasta la SE 29, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 2.273 muestras para virus sincicial respiratorio (VSR), con 114 detecciones y una positividad acumulada de 5,02%. Se verificó un ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE 19, con 20 detecciones entre las 106 muestras estudiadas en las dos últimas SE analizadas (SE 29 y 30).



Muestras positivas y negativas para virus sincicial respiratorio mediante técnica PCR. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 30 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Vigilancia en pacientes hospitalizados

En 2024, hasta la SE 30, se notificaron 4.698 muestras positivas para VSR en pacientes hospitalizados, con un descenso de 46,07% respecto de las notificaciones de igual periodo del año anterior. Entre las SE 16 y 26 se registró una tendencia ascendente en las detecciones, permaneciendo en valores estables en las siguientes 4 semanas, con 209 casos en la SE 30.

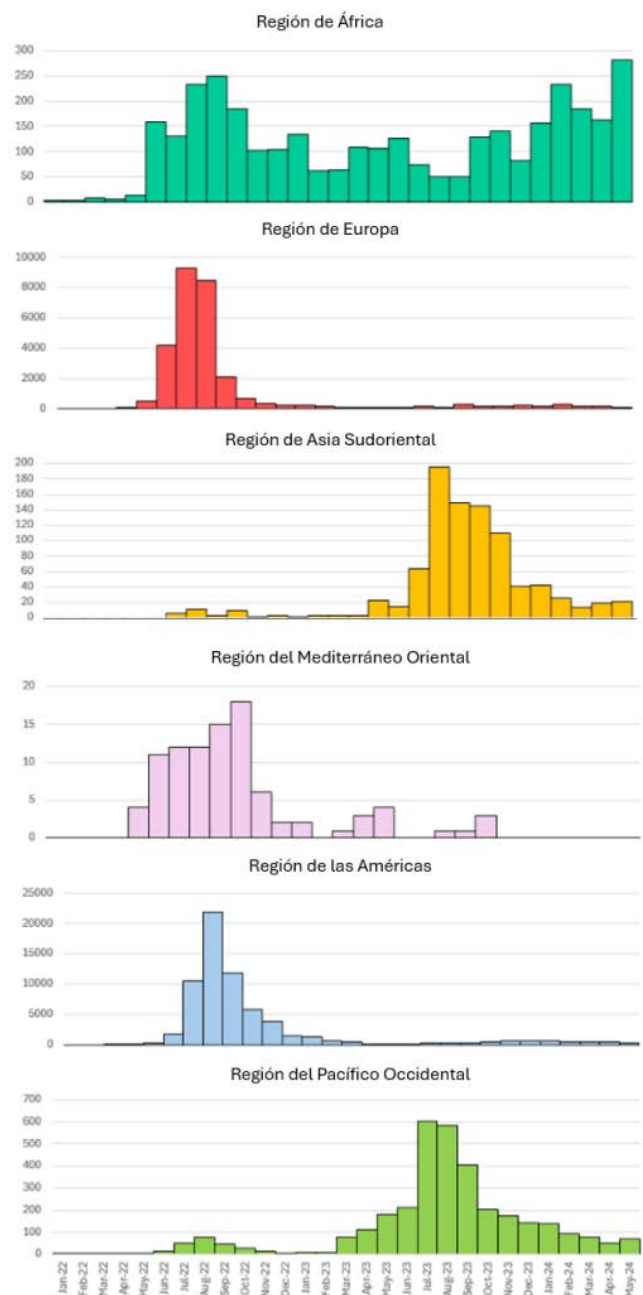
El mayor número de casos positivos registrados en 2024, se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año.

08/08/2024

Ante la circulación de la variante del clado I del virus mpox (MPXV) en la Región Africana, la cual se asocia en dicha región a una transmisión sostenida y a la ocurrencia de casos en un mayor rango de edades, incluyendo a menores, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alentó a los Estados Miembros a mantenerse vigilantes ante la posibilidad de la introducción de esta variante en las Américas, que continúen con sus esfuerzos de vigilancia incluyendo la secuenciación genómica de los casos detectados, con especial énfasis en los grupos de mayor riesgo.

Resumen de la situación

El 23 de julio de 2022, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), determinó que el brote multinacional de mpox constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). El número de casos notificados a nivel mundial alcanzó su punto máximo en agosto de 2022, para iniciar un descenso en forma constante hasta abril de 2023. El 11 de mayo de 2023, tras considerar la significativa reducción de la propagación de la mpox a nivel mundial, dado los avances en el control del brote en diversos países, el Director General de la OMS determinó que el evento ya no constituía una ESPII, y en agosto de 2023 se emitieron las [recomendaciones permanentes](#) para mpox.



Casos de mpox confirmados por laboratorio notificados a la OMS, según región de la OMS y mes de notificación. Del 1 de enero de 2022 al 31 de mayo de 2024.

En la Región de las Américas, desde 2022 hasta el 1 de julio del 2024, se notificaron 62.572 casos de viruela símica, incluidas 141 defunciones en 31 países y territorios. La mayoría de los casos notificados en la Región de las Américas fueron identificados a través de servicios de atención a pacientes con el VIH, servicios de salud sexual o centros de atención primaria y/o secundaria de salud, involucrando principalmente, pero no exclusivamente, a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). La vigilancia genómica identificó al clado IIB en todos los casos analizados, el cual sigue siendo el único detectado hasta la fecha.

En diciembre de 2022, la República Democrática del Congo declaró un brote de mpox a nivel nacional, y desde setiembre de 2023 el brote que afectó a la provincia de Sud-Kivu se diseminó y afectó a varias provincias. Como parte de la investigación del brote, se identificó una nueva variante del clado I del MPXV, que se estima emergió alrededor de mediados de setiembre. La variante fue asociada al importante aumento de casos de mpox en dicho país y la transmisión sexual fue el principal modo de infección en la mayoría de los casos reportados.

La variante del clado I contiene mutaciones predominantemente de tipo APOBEC3, lo que indica una adaptación del virus debido a la circulación intensa en humanos. La transmisión de persona a persona ha sido continua desde su detección, y es la primera vez que se describe una transmisión comunitaria sostenida del virus en el país.

En 2024, hasta el 26 de julio, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo notificó 14.479 casos de mpox (2.715 confirmados; 11.764 sospechosos) y 455 defunciones (tasa de letalidad de 3,1%), afectando a 25 de las 26 provincias del país. Los niños menores de 15 años representaron 66% de los casos y 82% de las defunciones. De los casos confirmados, 73% eran varones.

A nivel global, en 2024 hasta el 31 de mayo, el mayor número de casos de mpox notificados según regiones de la OMS corresponde a la Región de África. La República Democrática del Congo concentra más de 90% de los casos notificados en la Región de África. Los países vecinos Rwanda y Uganda han reportado casos de la nueva variante. Kenya también confirmó casos de la nueva variante. En Burundi se están llevando a cabo análisis para determinar si los casos notificados se deben a la nueva variante.

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

En el marco del Día Internacional de los Pueblos Indígenas, conmemorado cada 9 de agosto, esta historia destaca el esfuerzo por sensibilizar y mejorar la salud de las comunidades Indígenas de las Américas. Este día sirve para recordar la urgente necesidad de abordar las enfermedades que afectan desproporcionadamente a estas poblaciones, que sufren discriminación y se enfrentan a importantes desigualdades en el acceso a la salud. El trabajo realizado en la región de Cochabamba, Bolivia, es un ejemplo de los esfuerzos de los países de la región, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus socios para hacer frente al tracoma y mejorar la salud de estas comunidades.



Una familia Yuqui se somete a la evaluación.

En las vastas tierras del Trópico de Cochabamba, en el centro de Bolivia, un grupo de profesionales de la salud se embarcó en una travesía para cambiar vidas. Durante 18 días, un equipo de Evaluaciones Rápidas de Tracoma del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia se internó en las comunidades Indígenas de la región en busca de una enfermedad silenciosa pero devastadora: el tracoma, la principal causa de ceguera infecciosa en el mundo.

“Es importante saber si tenemos o no tracoma en Bolivia. Por ello estamos ejecutando una evaluación rápida para tracoma ocular en comunidades vulnerables”, explica Ángel Sinuiri Lucia, responsable técnico del Área de Salud Ocular del Ministerio de Salud y Deportes. “Una vez termine este proyecto, vamos a tener la capacidad de determinar si realmente el tracoma ocular es un problema de salud pública”, sostuvo.

Visitando comunidades remotas

Durante la misión, el equipo visitó las comunidades a lo largo del río Ichilo y en la zona de Chapare: Puerto Las Flores, Tres Bocas, La Boca del Chapare y Remanzo. Un segundo recorrido incluyó el área de Chimoré y el Territorio Indígena y Parque Nacional Isiboro-Sécure (TIPNIS), donde se visitaron Buen Pastor y San José de Angosta, comunidades del territorio ancestral de los pueblos indígenas Mojeño Trinitario, Yuracaré y T'simane, y Bia Recuaté, la tierra del Pueblo Yuquí. La esperanza era palpable en cada paso que daban, en cada casa que visitaban.

El licenciado en enfermería Vladimir Salazar, supervisor de la Red Indígena de Salud del Trópico y participante en la misión, señaló: “Nuestro objetivo fue abarcar a la comunidad con el beneficio de buscar la enfermedad ocular. Hemos logrado la autorización del cacique de la comunidad para entrar a sus casas y poder diagnosticar, tal vez, esta enfermedad y tratarla si es necesario.”

Un esfuerzo coordinado

Este esfuerzo es parte de la iniciativa Eliminación del tracoma como problema de salud pública en las Américas, una ambiciosa alianza entre la OPS y el Gobierno de Canadá, que busca eliminar el tracoma en diez países de la región, incluidas áreas vulnerables de la cuenca amazónica y el Chaco. Desde el 6 de marzo, el proyecto comenzó en la Red de Salud Cordillera en el territorio guaraní del departamento de Santa Cruz, con planes de seguir en otras redes prioritarias en la zona amazónica de Pando y el norte de La Paz.



En Puerto Las Flores, en la tierra indígena Yuracaré, un equipo formado por un registrador y un evaluador hace la evaluación rápida de tracoma.

El trabajo del equipo es meticuloso. Equipados con lupas y un profundo conocimiento del idioma y la cultura local, realizaron visitas casa por casa para identificar casos de tracoma activo en niños de 1 a 9 años y de triquiasis tracomatosa en personas mayores de 15 años. Cada diagnóstico es un paso más hacia un futuro libre de ceguera para quienes viven en estas comunidades remotas.

“Es satisfactorio poder venir a comunidades lejanas porque no tienen acceso a salud, a servicios básicos como otras personas en otras comunidades ni a un médico especialista como un oculista”, indica Alan Yonatan Guzmán Arrázola, registrador de uno de los equipos de Evaluaciones Rápidas de Tracoma. “Ha sido muy positivo porque tenemos que pensar en los niños, ellos son el futuro y no vamos a dejarlos desamparados en sus comunidades. Tenemos que hacer seguimiento. En caso de ser positivo algún niño, toda la familia deberá recibir el tratamiento”, explicó.

Desafíos y capacitación

El tracoma, causado por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, puede ser una amenaza oculta en estas regiones rurales. La enfermedad se propaga a través del contacto directo con secreciones oculares o nasales de personas infectadas o por superficies o prendas contaminadas. Sus síntomas incluyen secreción e inflamación ocular, y episodios repetidos pueden llevar a cicatrización del párpado, causando triquiasis tracomatosa. El roce constante de las pestañas contra el ojo puede llevar a discapacidad visual y ceguera.

El equipo, formado por profesionales con experiencia en trabajo de campo y en las realidades de los pueblos indígenas, recibió un riguroso entrenamiento. Bajo la guía de las doctoras Sandra Liliana Talero Castro y Diana Paola Gómez Forero, de la oficina regional de la OPS, aprendieron a usar herramientas especializadas y a aplicar metodologías adaptadas a las necesidades locales para la identificación del tracoma y el registro de datos.

Hacia un futuro sin tracoma

El tracoma es endémico en muchas zonas rurales, pobres y remotas del mundo. En América Latina, las poblaciones indígenas de la cuenca del Amazonas se ven afectadas de manera desproporcionada. Mientras México eliminó el tracoma en 2017, en Brasil, Colombia, Guatemala y Perú casi 5,6 millones de personas están en riesgo.

“Eliminar el tracoma es posible y contamos con un paquete integrado de intervenciones para lograrlo”, afirmó Luis Gerardo Castellanos, Jefe de la Unidad de Enfermedades Desatendidas,

Tropicales y Transmitidas por Vectores de la OPS. “Esperamos que esta iniciativa contribuya no solo a eliminar el tracoma, sino a aumentar el acceso a servicios de salud de calidad para las comunidades más vulnerables”, agregó.

La iniciativa para la eliminación del tracoma, impulsada por la OPS con financiamiento del Gobierno de Canadá, se desarrollará hasta 2027. El objetivo es mejorar la salud de las comunidades indígenas y poner fin al tracoma como problema de salud pública en las Américas. Además de Bolivia, también reciben apoyo Ecuador, El Salvador, Haití y Venezuela para fortalecer la vigilancia y determinar si el tracoma podría ser un problema de salud pública en esas poblaciones vulnerables.



El equipo de evaluadores inició su viaje desde Puerto Villarroel, Chapare, a bordo de una lancha a motor que navegó al menos ocho horas por el río Ichilo, antes de llegar a la primera comunidad de desembarque.

Además de Bolivia, también reciben apoyo Ecuador, El Salvador, Haití y Venezuela para fortalecer la vigilancia y determinar si el tracoma podría ser un problema de salud pública en esas poblaciones vulnerables.

Impacto y esperanza

La eliminación del tracoma es una de las metas de la Iniciativa de Eliminación de la OPS, que busca terminar con más de 30 enfermedades infecciosas y condiciones relacionadas en la región de las Américas para 2030.

Ever Antezana Chao, cacique mayor de la Central Indígena del Río Ichilo, expresó: “No habíamos escuchado nunca del tracoma. Es bueno que no se olviden de nosotros; como pueblo indígena estamos presentes. Gracias por tomarnos en cuenta; para nosotros es muy importante esta participación. Nos parece muy satisfactorio y calificamos en un 100% que será efectivo para el beneficio de nuestras comunidades.”

En cada comunidad visitada, el equipo dejó no solo un impacto tangible en la salud ocular de los residentes, sino también un rastro de esperanza y compromiso. Ahora, resta terminar las misiones y obtener los resultados de los análisis para conocer si existe la presencia del tracoma en las comunidades. Esta información permitirá determinar las acciones a seguir para transformar vidas y acercarlas a un futuro más brillante para todos.



El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Santa Cruz, confirmó ayer un caso de sarampión importado en el departamento. Se trata de un ciudadano ruso de 42 años que vino de Estados Unidos para visitar a sus familiares a una colonia menonita. Ante esto, existe una alerta epidemiológica en la zona.

De acuerdo con el reporte del director del SEDES, Jaime Bilbao Barriga, el paciente llegó a la ciudad el pasado 25 de julio, y a partir del 29 del mes pasado comenzó a sentir malestar general; el 3 de agosto acudió al Centro de Salud Piraí de la colonia del mismo nombre en el municipio de San Pedro. El mismo ya presentaba fiebre y puntos blancos en las amígdalas por lo que es medicado con antibióticos.

El 4 de agosto, el paciente vuelve al centro de salud y el médico encuentra un pequeño exantema en el área del cuello, eso hace que el médico lo cite al día siguiente donde el paciente presenta nuevamente exantemas en otras áreas como la cara y el tórax, por lo que se hace de forma inmediata la alerta para hacer la prueba para el sarampión.

El 5 de agosto, la prueba para esta enfermedad resulta positiva en el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales y el equipo de Epidemiología realiza un rastillaje para contactarse con el paciente. Al mismo tiempo se inicia la vacunación contra el sarampión, llegando a constatar que casi todos los niños en la colonia han sido vacunados y tienen sus dos dosis contra el sarampión, a excepción de dos menores que inmediatamente recibieron la inmunización.

Así también, Bilbao Barriga aclaró que el paciente ya no representa riesgo de contagio ya que pasó la etapa crítica de la enfermedad.

El director del SEDES afirmó que el 12 de agosto se terminará el barrido en toda el área del municipio de San Pedro, ya que son 15 colonias en las que hay 100 adultos y 50 niños.

Además de la alerta epidemiológica, reforzaron la vigilancia en todas las fronteras, y terminales terrestres y aeroportuarias.

Este es el tercer caso confirmado de sarampión importado en Bolivia, tras dos casos previos en Oruro y Tarija.

Las tasas de fallecimientos en Estados Unidos descendieron el año pasado en todos los grupos etarios en comparación con 2022, según un reciente [informe](#).

La covid descendió a la décima causa principal de muerte. En la primera etapa de la pandemia, el SARS-CoV-2 era la tercera causa principal de muerte en la nación. En 2022 bajó al cuarto sitio.

Las principales causas de fallecimientos fueron enfermedades del corazón, cáncer y una categoría de lesiones que incluye muertes por arma de fuego y sobredosis de drogas.

Hubo casi 3,1 millones de muertes en Estados Unidos el año pasado, una disminución con respecto a 3,3 millones en 2022. Durante muchos años antes de la pandemia, por lo general los fallecimientos subían de un año a otro, en parte debido al incremento en la población del país. La covid aceleró esa tendencia, convirtiendo el año 2021 en el más letal en la historia estadounidense con 3,4 millones de muertos. Pero la cifra disminuyó en 2022 a medida que la pandemia menguó.

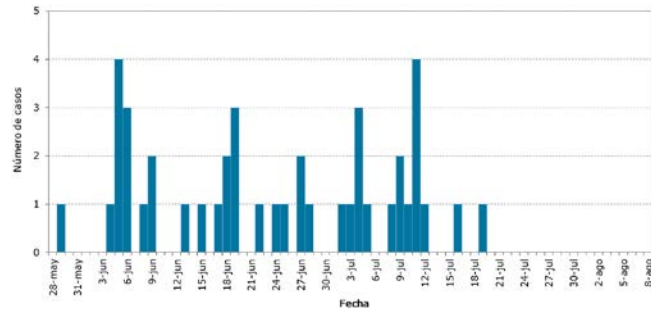
Las tasas de muertes por raza y etnia disminuyeron en todos los grupos, aunque sigue habiendo disparidades. Debido a que ciertas poblaciones son más jóvenes o mayores que otras, los científicos usan tasas de fallecimientos ajustadas a la edad para hacer comparaciones entre grupos. Las tasas de muertes ajustadas de acuerdo a la edad más bajas se registraron entre personas con antecedentes de distintas razas y asiáticos-estadounidenses, y las más altas fueron las de personas de raza negra.

Los datos provisionales proporcionados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades están fundamentados en información de certificados de defunción recabados hasta ahora. La presentación de datos finales está prevista para más adelante este año.





Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), funcionarios de salud pública y reguladores de varios estados y el Servicio de Inspección y Seguridad Alimentaria del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA-FSIS) están recopilando [diferentes tipos de datos](#) para investigar un brote multiestatal de infecciones por *Listeria monocytogenes*.



Casos de listeriosis vinculados con el consumo de embutidos cortados en fetas. Estados Unidos. Año 2024, del 28 de mayo al 8 de agosto. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Los datos epidemiológicos, de laboratorio y de rastreo indican que las carnes feteadas en los mostradores de delicatessen, incluido el liverwurst de la marca Boar's Head, están contaminadas con *L. monocytogenes* y están enfermando a las personas.

Hasta el 8 de agosto de 2024, se ha reportado un total de 43 personas infectadas con la cepa del brote de listeriosis en 13 estados: New York (14 casos), Maryland (8), New Jersey (4), Massachusetts (3), Missouri (3), Virginia (3), Georgia (2), Illinois (1), Indiana (1), Minnesota (1), North Carolina (1), Pennsylvania (1) y Wisconsin (1).

Se recogieron muestras de personas enfermas entre el 29 de mayo de 2024 y el 19 de julio de 2024. De 43 personas con información disponible, todas fueron hospitalizadas. Una persona enfermó durante el embarazo y permaneció embarazada después de recuperarse. Se han reportado tres muertes, una en Illinois, una en New Jersey y otra en Virginia.

Es probable que la cantidad real de casos en este brote sea mayor que la informada, y es posible que el brote no se limite a los estados que han notificado casos. Esto se debe a que algunas personas se recuperan sin atención médica y no se les realizan pruebas de detección de *Listeria*. Además, es posible que aún no se hayan informado los casos recientes, ya que generalmente se necesitan de [tres a cuatro semanas](#) para determinar si un caso forma parte de un brote.

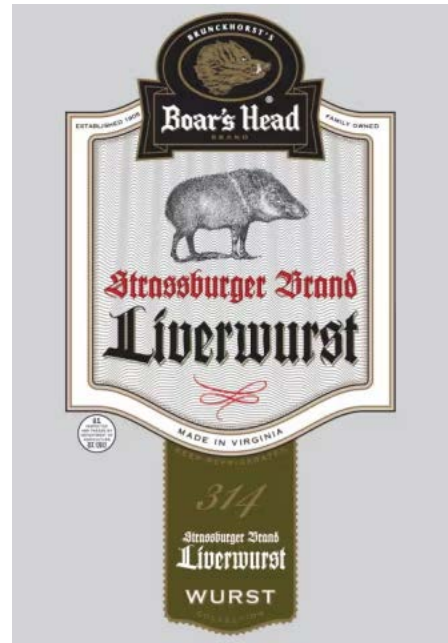
La información disponible sobre las personas afectadas en este brote es la siguiente:

- Edad (de 43 casos): rango de 32-94 años; media de 77 años.
- Sexo (de 43 casos): 44% mujeres, 56% hombres.
- Raza (de 39 casos): 74% blancos; 18% afroamericanos/negros; 5% asiáticos; 3% otra.
- Etnia (de 36 casos): 97% no hispanos, 3% hispanos.

Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a las personas sobre los alimentos que consumieron durante el mes anterior a enfermarse. Las personas informan haber consumido una variedad de carnes cortadas en fetas en los mostradores de tiendas de delicatessen. De las 34 personas que pudieron ser entrevistadas, 32 (94%) informaron haber consumido carnes cortadas en fetas en tiendas de delicatessen. De estas 32, 30 (94%) informaron haber consumido carnes cortadas en una tienda de delicatessen; dos no pudieron recordar si sus carnes fueron cortadas en una tienda de delicatessen. De 33 personas entrevistadas

sobre el producto consumido, 18 (55%) respondieron haber comido liverwurst cortado en fetas en una tienda de delicatessen antes de enfermar, y 13 informaron haber consumido la marca Boar's Head. Estos productos fueron cortados en fetas en una variedad de tiendas de delicatessen de supermercados y tiendas de comestibles.

El Departamento de Salud de Maryland y el Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore recogieron liverwurst de la marca Boar's Head sin abrir de una tienda minorista e identificaron *L. monocytogenes*. Además, el Laboratorio de Alimentos del Estado de New York identificó *L. monocytogenes* de una muestra previamente recolectada de liverwurst de Boar's Head sin abrir recolectados por la División de Seguridad e Inspección de Alimentos del Departamento de Agricultura y Mercados del Estado de New York en tiendas minoristas. La secuenciación del genoma completo determinó que ambas son la misma cepa que enfermó a las personas en este brote.



El USDA-FSIS realizó un rastreo de los embutidos comprados por personas enfermas en este brote para identificar productores de interés para una mayor investigación.

Los CDC recomiendan no consumir fiambres de los retirados del mercado. Las personas embarazadas, mayores de 65 años o con un sistema inmunológico debilitado deben evitar consumir fiambres, o deben cocinarlos antes del consumo.

Boar's Head retiró del mercado 3.170 toneladas de carnes frías el 30 de julio, ampliando un retiro inicial realizado el 25 de julio, después que una muestra de liverwurst recogida por autoridades de salud en Maryland diera positivo para *Listeria monocytogenes*.

En el retiro se incluyen más de 70 productos, como paté de hígado, jamón, salami de ternera y salchichas ahumadas, elaborados en la planta de la empresa en Jarratt, Virginia.

Boar's Head ya enfrenta dos demandas por el brote, una en un tribunal de Missouri y la otra, una demanda colectiva en un tribunal federal de New York.

La carne fue distribuida en tiendas de todo el país, así como en Cayman Islands, República Dominicana, México y Panamá.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades calculan que, cada año, 1.600 personas resultan intoxicadas con alimentos contaminados con *L. monocytogenes*, y cerca de 260 de esas personas mueren.

Los síntomas más comunes incluyen fiebre, dolores musculares y fatiga, aunque las infecciones también pueden provocar confusión y convulsiones. Los síntomas podrían no aparecer durante semanas después de consumir los alimentos contaminados.

La regional de Los Santos del Ministerio de Salud de Panamá reforzó la vigilancia de febriles, sobre todo en las comunidades de Flores y El Cacao, distrito de Tonosí, ante la presencia de dos nuevos casos de fiebre por hantavirus.

Se trata de dos mujeres de 47 y 22 años, ambas de la comunidad de Flores, área que se vio afectada por la inundación registrada el pasado 11 de julio y que también impactó a El Cacao.



Con los recientes casos, se eleva a cuatro la cifra en lo que va del año 2024, todos fiebre por hantavirus, procedentes del distrito de Tonosí, los dos primeros en menores de edad.

En el año 2023 hubo 35 casos en total; de estos, 13 fueron síndrome cardiopulmonar por hantavirus incluyendo una defunción de un paciente de 75 años procedente de Tonosí cabecera en el mes de julio; el resto (22 casos) fueron fiebre por hantavirus.

El Ministerio de Salud reiteró a la población las medidas de prevención de la hantavirosis, entre ellas: mantener los granos alejados de las viviendas y en recipientes herméticos, sellar los huecos en las viviendas que sirvan de refugio para el ratón transmisor del virus, evitar lanzar desperdicios de comida en el patio. Además, se recomienda ventilar las casas que han estado cerradas y rociar agua antes de barrer para evitar la inhalación de polvo que pueda contener heces de roedores.



ESPAÑA

SE CONFIRMARON 15 CASOS DE FIEBRE
HEMORRÁGICA DE CRIMEA-CONGO DESDE 2013

09/08/2024

España confirmó 15 casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo desde 2013, dos de los cuales se han notificado este año y han tenido un desenlace fatal. Desde que se registró el primer caso hasta ahora, se han contabilizado un total de seis muertes.

Actualmente, en Sevilla se está investigando un posible nuevo caso de la enfermedad. En cuanto a los dos casos de 2024, ya notificados

al Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), el primero se confirmó el 27 de abril. Se trataba de un hombre de edad avanzada que practicaba senderismo en el Parque Natural de Arribes del Duero, en la frontera con Portugal, y que, al ser examinado, se le encontró adherida una garrapata del género *Hyalomma*, la que transmite esta patología.



El paciente fue hospitalizado y se adoptaron las medidas adecuadas de prevención y control de la infección para evitar la transmisión de persona a persona. Finalmente, falleció el 1 de mayo. Se trató del quinto caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo con probable exposición a garrapatas en la provincia de Salamanca. Los casos anteriores se produjeron allí en 2018, 2020 y 2021, según el ECDC.

Por otro lado, el 21 de julio se notificó el segundo caso de 2024 en España. El paciente, un hombre de 75 años, presentó síntomas desde el 18 de julio y registraba antecedentes de picadura de garrapata en los días anteriores. El lugar probable de infección fue una zona rural en Toledo, próxima a Extremadura. El caso estuvo ingresado en una Unidad de Aislamiento de Alto Nivel, falleciendo por empeoramiento clínico el pasado 27 de julio. Con esta defunción, se cuentan seis muertes por la enfermedad en España desde 2013.

Menos común que la borreliosis de Lyme

La letalidad de la enfermedad es elevada: de 20 a 40%. La probabilidad de que haya un caso es mucho menor que en el caso de las enfermedades transmitidas por otro tipo de garrapatas, como es el caso de la borreliosis de Lyme, porque las garrapatas vectores de esta enfermedad están en zonas más accesibles para el ser humano. Sin embargo, si hay un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, la probabilidad de que sea grave es más alta.

Por tanto, es una enfermedad a la que se expone menos gente. Las personas de riesgo son aquellas que realizan actividades al aire libre, sobre todo en zonas agrestes (agricultores, agentes forestales, excursionistas, soldados) o en contacto con animales (ganaderos, cardadores de lana, trabajadores de mataderos, cazadores, veterinarios) y en general personas que trabajan en estrecho contacto con la naturaleza en áreas endémicas.

Circulación en España desde 2010

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una enfermedad emergente en España. Hay evidencia de circulación del virus desde 2010, año en que se detectó en garrapatas *H. lusitanicum* en la provincia de Cáceres. En 2016 se diagnosticaron los primeros casos humanos, aunque posteriormente se detectó otro caso de forma retrospectiva ocurrido en 2013. Se espera que los casos aumenten en el futuro.

El periodo de incubación es de uno a 12 días. La infección en humanos puede ser asintomática hasta en 90% de los casos, y en muchos sintomáticos se observa un cuadro febril leve inespecífico.

El cuadro clínico característico presenta diferentes periodos: pre-hemorrágico (días 1-5), hemorrágico (días 6-9) y convalecencia (días 10-20). En los casos con mala evolución, la muerte sobreviene generalmente durante la segunda semana de la enfermedad a consecuencia de las hemorragias, fallo multiorgánico y shock.

No todas las garrapatas están infectadas; no todas las picaduras de garrapata representan un alto riesgo. La patología grave es más frecuente en personas mayores y, en caso de retirar la garrapata de manera temprana, la probabilidad de contraer la enfermedad es baja.

Entre personas, puede contagiarse por fluidos, aunque la enfermedad se manifiesta con cuadros leves muchas veces. En otras ocasiones, pueden ser cuadros más graves, pero no tanto como para generar riesgo alrededor. Así, hay un número reducido de cuadros hemorrágicos y, por tanto, de contagio a través de secreciones, sobre todo de sangre. El único caso secundario ocurrió en 2016, cuando una enfermera tuvo que frenar la hemorragia de un paciente sin la protección individual adecuada.

Salamanca es la zona de mayor distribución de la garrapata *Hyalomma*, y también es la zona donde se introdujo el virus por primera vez en el año 2010. Aunque la distribución se está extendiendo, hasta ahora la mayor densidad está en la mitad oeste de la península.

La prevención de la enfermedad se basa en medidas de protección personal frente a las picaduras, la extracción precoz y adecuada de la garrapata en caso de sufrir una picadura y la identificación precoz y el manejo de los casos para establecer las medidas de aislamiento y protección individual para evitar contagios de persona a persona.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una enfermedad transmitida por garrapatas extendida a nivel mundial, excepto en América y Oceanía. España es el único país de Europa Occidental en el que se han detectado casos humanos, aunque también se ha detectado el virus en garrapatas en Francia.

Las garrapatas del género *Hyalomma* son muy abundantes en el centro y suroeste peninsular, siendo dos las especies principales, *H. marginatum* y *H. lusitanicum*, según se informa en la tercera parte del Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores.

La enfermedad se caracteriza por la aparición repentina de síntomas gripales como fiebre, dolor de cabeza, mialgia y malestar general, así como fotofobia, dolor abdominal, diarrea y vómitos. En los casos más graves, pueden aparecer síntomas hemorrágicos como hematomas, hemorragias nasales y hemorragias incontroladas en los puntos de inyección. En los pacientes hospitalizados, la enfermedad puede ser mortal en 30% de los casos.



Según un [informe](#) de evaluación de la amenaza del virus Oropouche (OROV) publicado el 9 de agosto por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), en junio y julio de 2024 se notificaron por primera vez 19 casos importados de la enfermedad en países de la Unión Europea (UE), todos ellos relacionados con viajes a Cuba o Brasil. Los casos se han registrado en España (12), Italia (5) y Alemania (2). Desde enero de 2024 se han notificado más de 8.000 casos en América del Sur, América Central y el Caribe.

El OROV es transmitido principalmente por el jején *Culicoides paraensis*, que está ampliamente distribuido en América, pero no en Europa. Varias especies de mosquitos también son posibles vectores del virus.

El riesgo de infección por el OROV para los ciudadanos que viajan o residen en zonas epidémicas de América del Sur, América Central y el Caribe se evalúa actualmente como moderado. Sin embargo, el riesgo aumenta para quienes visitan zonas muy afectadas, en particular en los estados del norte de Brasil o la región amazónica, y/o para quienes no toman medidas de protección personal adecuadas.

El riesgo de exposición humana al OROV en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) se considera muy bajo, a pesar de la probable importación de más casos de enfermedad por OROV, ya que los vectores competentes no existen en Europa continental.

La fiebre de Oropouche puede manifestarse como una enfermedad febril aguda con dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dolores musculares y articulares y, en ocasiones, síntomas más graves. El pronóstico de recuperación es bueno y los desenlaces fatales son muy raros. No existen vacunas para prevenir la enfermedad ni medicamentos específicos para tratarla.

Datos recientes indican que la infección por el OROV durante el embarazo puede tener consecuencias graves, como aborto espontáneo, problemas de desarrollo y malformaciones en el feto. Esto todavía se está investigando y no se ha confirmado. Sin embargo, dado el alto impacto potencial de la infección congénita por el OROV y que las áreas afectadas por este virus también se clasifican como regiones con transmisión actual o anterior del virus Zika (ZIKV), se recomienda que las mujeres embarazadas sigan las advertencias para viajeros relacionadas con el OROV y el ZIKV, debido a sus riesgos asociados similares.

Las medidas de protección personal para reducir el riesgo de picaduras incluyen el uso de repelente, de camisas de manga larga y pantalones largos, y de mosquiteros de malla fina tratados con insecticidas durante el reposo. Estas medidas son esenciales para brindar protección contra las picaduras en habitaciones que no estén adecuadamente protegidas (con mosquiteros de malla fina en puertas y ventanas) o que no tengan aire acondicionado, y durante las actividades al aire libre.

Para la detección temprana de casos asociados a viajes, es esencial que el profesional sanitario identifique a los viajeros que regresan de zonas con transmisión activa del OROV, junto con una capacidad de diagnóstico de laboratorio adecuada. Dado que los síntomas de la fiebre de Oropouche pueden ser similares a los de otras infecciones arbovirales como el dengue, la fiebre chikungunya o la fiebre zika, se deben realizar pruebas de laboratorio para el OROV cuando otras pruebas para enfermedades de etiología común den resultados negativos.

Hasta el 8 de agosto de 2024, las autoridades sanitarias locales de Milàn (región de Lombardia, Italia) han notificado un total de 49 casos confirmados de legionelosis, incluidas tres muertes.

Se registraron 44 casos (90%) en el municipio de Corsico, y cinco casos (10%) en el municipio de Buccinasco. Ambos municipios se encuentran en el área metropolitana de Milàn.

El primer caso desarrolló síntomas el 11 de abril de 2024; la mayoría de los casos desarrollaron síntomas durante el período del 10 de junio al 28 de julio. El caso notificado más recientemente presentó síntomas el 28 de julio.

Los casos tienen entre 26 y 94 años (edad media: 71,7 años); 28 son mujeres y 21 hombres.

En total, 45 de los 49 casos (92%) tenían comorbilidades subyacentes, incluidas las tres muertes (mujeres mayores de 70 años).

Doce pacientes están hospitalizados, 34 han sido dados de alta y tres casos han fallecido.

No se han notificado casos de legionelosis asociada a viajes asociados al brote.

Se han recogido muestras de agua de varios puntos de muestreo del sistema de suministro de agua municipal, tanto de los sistemas de agua de residencias privadas de pacientes/casos de control como de torres de refrigeración. Solo se disponía de una muestra clínica respiratoria de un lavado bronquial. Se están realizando investigaciones para determinar la fuente del brote.

Se están llevando a cabo actividades de salud pública en respuesta al brote para prevenir la transmisión y la aparición de nuevos casos, incluida una desinfección química del sistema de suministro de agua municipal con cloro.

Hay información disponible sobre la reducción del riesgo de infección por *Legionella* en los municipios de Corsico y Buccinasco y en Milàn, región de Lombardia.

Antecedentes

Los países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo notifican anualmente brotes comunitarios de legionelosis.

Italia ha notificado brotes anteriormente, también en el norte del país. En 2018 se notificaron brotes de mayor magnitud en Bresso (52 casos) y en Brescia (33 casos). Estos brotes fueron causados por otros serogrupos de *Legionella pneumophila* o por secuencias tipo del serogrupo 1 de *L. pneumophila*.

La legionelosis se produce por la inhalación de la bacteria *Legionella* en forma de aerosol. Las personas mayores de 50 años tienen más riesgo de desarrollar la enfermedad que las más jóvenes, así como las personas inmunodeprimidas o que padecen una enfermedad subyacente.

Evaluación del ECDC

La presentación de los casos notificados hasta la fecha sugiere un brote comunitario localizado en un área limitada de dos municipios de Milán. Se están llevando a cabo acciones de control preventivo. El riesgo de infección se limita a las personas que residen o visitan el área geográfica localizada de la fuente del brote.

Acciones

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) está en contacto con las autoridades italianas a través de la red ELDSNet y está monitoreando la situación a través de sus actividades de inteligencia epidémica.

El gobierno de República Democrática del Congo está investigando actualmente tres casos sospechosos de enfermedad por el virus del Ébola en la zona sanitaria de Aketi (Bas-Uele), en el norte del país. Se tomaron muestras de un caso sospechoso y de dos cadáveres de pacientes que fallecieron en el centro de salud de Dulia, según un informe del gobierno provincial de Bas-Uele.



“El primer caso es el de una mujer campesina de 75 años de la aldea de Kponyo, en la zona sanitaria de Likati, que presenta síntomas de fiebre repentina que no responde a los antipiréticos ni a los antimaláricos, dolor abdominal, seguido de hematemesis, melena y epistaxis. La historia de su enfermedad se remonta a tres semanas atrás. El segundo caso era un hombre, de 62 años, agricultor, que residía en la aldea de Dulia en la zona sanitaria de Aketi, hermano menor del primer caso, a quien había recibido desde Kponyo para buscar la atención adecuada. Sus antecedentes datan de dos semanas atrás y había presentado sucesivamente escalofríos, fiebre, hematemesis, melena y epistaxis. A esto le siguió su muerte el 31 de julio de 2024. El tercer caso fue un sujeto masculino, de 55 años, catequista y padre espiritual del segundo caso. Su enfermedad se remonta a 24 horas después de su predicación de luto por el segundo caso. Presentó los mismos signos clínicos que los dos casos anteriores y falleció pocas horas después”, señala el informe.

Estos diagnósticos permitieron realizar una misión de investigación y respuesta en la zona sospechosa.

El ministro provincial de Planificación de Bas-Uele, Dr. Serge Nimo, que forma parte del equipo de respuesta, indicó que se enviaron muestras orales y nasales de dos de los fallecidos y una muestra de sangre del tercer caso se enviaron a Kinshasa, al Instituto Nacional de Investigaciones Biomédicas (INRB).

Las muestras dieron negativo para la cepa Ébola Zaire mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Sin embargo, las muestras tomadas eran todas de mínima calidad: se tomaron muestras orales y nasales con un dispositivo conectado a una espátula (como para las pruebas de materia fecal) y sin medio de transporte de virus y la muestra se reconstituyó al llegar. Se tomó otra muestra de sangre en un tubo inadecuado en lugar de un tubo con EDTA.

“Nos han recomendado que rastreemos otros casos sospechosos, y tomemos las muestras de acuerdo con las normas”, subrayó Nimo.

Aketi ya ha sido afectada anteriormente por la enfermedad por el virus del Ébola. Se trataba de la octava epidemia que fue rápidamente contenida y controlada. Oficialmente dejó cuatro muertos.

Se han reportado 11 casos autóctonos de melioidosis en el sur de Taiwán desde que el tifón Gaemi azotó el país a fines de julio, y tres personas están recibiendo tratamiento en la unidad de cuidados intensivos, dijeron el 6 de agosto los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Taiwán.

De los 11 casos, ocho fueron reportados en Kaohsiung, dos en Tainan y uno en el condado de Chiayi, dijo el subdirector del Centro de Inteligencia Epidémica de los CDC, Lee Chia-lin.

“Las edades de los pacientes oscilan entre los 30 y los 80 años, y diez de ellos tenían antecedentes de enfermedades crónicas. Todos los casos están actualmente hospitalizados, tres de ellos en la unidad de cuidados intensivos”, agregó.

Lee señaló que en lo que va del año se han notificado 18 casos de melioidosis doméstica en Taiwán, la cifra más alta para el mismo período desde 2019.

La melioidosis, una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Burkholderia pseudomallei*, puede infectar a personas a través de heridas que entran en contacto con tierra o agua contaminados, o al inhalar polvo, tierra o gotas de agua contaminadas, según los CDC.

Los brotes de melioidosis posteriores al tifón a menudo ocurren porque *B. pseudomallei* es arrastrada por el suelo o se dispersa en el aire por vientos fuertes, indicaron los CDC.

El subdirector general de los CDC, Lo Yi-chun, señaló que el período pico de casos de melioidosis suele ocurrir de dos a cuatro semanas después de un tifón. Estimó que se reportarían nuevos casos la próxima semana y que disminuirían significativamente a fines de agosto.

Si bien algunas personas pueden no desarrollar síntomas después de infectarse con la bacteria, otras pueden sufrir síntomas como fiebre, dolor de cabeza y dolor en el pecho y requerir tratamiento con antibióticos, según un comunicado de los CDC.

“Los pacientes con sistemas inmunes debilitados, como aquellos con diabetes, cáncer o sometidos a diálisis, son particularmente susceptibles a complicaciones graves de melioidosis como neumonía, encefalitis y sepsis”, dijo Lo.

“Si las personas con enfermedades crónicas experimentan síntomas como fiebre, dolor en el pecho o tos, se les recuerda que deben buscar atención médica rápidamente durante el período pico de la enfermedad”, aconsejó Lo a la población.

La melioidosis es una enfermedad de la temporada de lluvias en sus áreas endémicas. Afecta principalmente a personas que tienen contacto directo con el suelo y el agua. Muchos tienen una condición predisponente subyacente como diabetes (el factor de riesgo más común), enfermedad renal, cirrosis, talasemia, dependencia del alcohol, terapia inmunosupresora, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística y consumo excesivo de kava. La kava es un miembro herbáceo de la familia de las pimientas que puede estar asociada con enfermedad hepática crónica.

La melioidosis puede presentarse a cualquier edad, pero alcanza su pico en la cuarta y quinta décadas de la vida, afectando a los hombres más que a las mujeres. Además, aunque la infección fulminante grave puede ocurrir –incluso en individuos sanos–, la enfermedad grave y las muertes son mucho menos comunes en aquellos sin factores de riesgo.

La presentación más comúnmente reconocida de la melioidosis es la neumonía, asociada con fiebre alta, dolores musculares significativos, dolor en el pecho y –aunque la tos puede ser improductiva– secreciones respiratorias que pueden ser purulentas, significativas en cantidad y asociadas con sangre roja brillante intermitente. La infección pulmonar puede ser rápidamente mortal (con bacteriemia y shock) o algo más indolente.

La septicemia aguda por melioidosis es la complicación más grave de la infección. Se presenta como un síndrome de sepsis típico con hipotensión, gasto cardíaco elevado y baja resistencia vascular sistémica. En muchos casos, se puede encontrar un foco

primario en los tejidos blandos o el pulmón. El síndrome, generalmente en pacientes con comorbilidades de factores de riesgo, se asocia característicamente con múltiples abscesos que afectan los tejidos cutáneos, el pulmón, el hígado y el bazo, y una tasa de mortalidad muy alta de 80-95%. Con una terapia óptima rápida, la tasa de letalidad puede reducirse a 40-50%.

El bacilo de la melioidosis es intrínsecamente insensible a muchos antimicrobianos. Cabe señalar que las cepas de bioterrorismo pueden ser diseñadas para ser aún más resistentes. *Burkholderia pseudomallei* suele inhibirse con tetraciclinas, cloranfenicol, trimetoprima-sulfametoxazol, penicilinas antipseudomonas, carbapenémicos, ceftazidima y amoxicilina/clavulanato o ampicilina/sulbactam. La ceftriaxona y la cefotaxima tienen una buena actividad *in vitro* pero una eficacia pobre, y la cefepima tampoco pareció ser equivalente a la ceftazidima en un modelo de ratón. El perfil antimicrobiano inusual de resistencia a la colistina y la polimixina B y a los aminoglucósidos pero la sensibilidad a la amoxicilina/clavulanato es una herramienta útil a tener en cuenta en el tratamiento de la infección con el organismo.

El director de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, dijo el 7 de agosto que convocará a un grupo de expertos para determinar si la creciente propagación del virus de la mpox en África amerita ser declarada una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

En una rueda de prensa en Genève, Tedros dijo que, dada la cada vez mayor proliferación de casos de mpox más allá de la República Democrática del Congo, decidió solicitar a expertos independientes que asesoren a la OMS “lo más pronto posible”.

La semana pasada, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (África CDC) reportaron que la mpox ha sido detectada en 10 países africanos este año, entre ellos la República Democrática del Congo, que registra más de 96% de todos los casos y muertes. En comparación con el mismo periodo del año pasado, la agencia indicó que los casos se han incrementado 160% y los fallecimientos han aumentado 19%.

Funcionarios del África CDC dijeron que casi 70% de los casos en la República Democrática del Congo han ocurrido en menores de 15 años, que también representaron 85% de las muertes.

Se reportó la presencia de la mpox la semana pasada en Burundi y Rwanda por primera vez, mientras que otros países –incluidos Kenya y República Centroafricana– también identificaron casos.

Tedros dijo que la OMS ha liberado 1 millón de dólares de su fondo para emergencias con el fin de respaldar la respuesta a la mpox.

Este año, equipos de científicos reportaron el surgimiento de una nueva forma de la versión más letal de la mpox, que puede matar hasta a 10% de las personas, en un poblado minero congolés, y que temían que pudiera propagarse con más facilidad entre las personas. La mpox se contagia a través del contacto cercano con personas infectadas, incluidas las relaciones sexuales.

En 2022, la OMS declaró a la mpox una ESPII después de que se extendió a más de 70 países, afectando en su mayor parte a hombres que tienen sexo con hombres. Antes de ese brote, en general, la enfermedad había sido registrada principalmente en epidemias esporádicas en la África Central y Occidental, por el contacto de las personas con animales infectados.

En su mayor parte, los países occidentales bloquearon la propagación de la mpox con ayuda de vacunas y tratamientos, pero muy pocos de esos recursos han estado disponibles en África.

María DeJoseph Van Kerkhove, que encabeza el departamento de brotes de la OMS, dijo que había varias cuestiones preocupantes en la epidemia de mpox en África y pidió una respuesta más urgente.

“No queremos que el mundo permanezca sentado y mire y aguarde”, manifestó. “El momento de actuar es ahora”.

Afganistán

- Esta semana se notificaron dos casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1), en Kandahar y Hilmand. Se han reportado 11 casos en 2024, y seis en 2023.

Angola

- Se notificaron cinco casos de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en 2024.

Benín

- Se notificaron un caso de cVDPV2 en 2024 y tres en 2023.

Burkina Faso

- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2023.

Burundi

- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Chad

- Se notificaron seis casos de cVDPV2 en 2024, y 55 casos en 2023.
- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en N'Djamena.

Côte d'Ivoire

- Se notificaron seis casos de cVDPV2 en 2023.

Etiopia

- Esta semana se notificó un caso de cVDPV2 en Gambella. Se notificaron 12 casos en 2024, y un caso en 2023.

Guinea

- Se notificaron cinco casos de cVDPV2 en 2024, y 47 casos en 2023.

Indonesia

- Se notificaron cuatro casos de cVDPV2 en 2024, y seis casos en 2023.

Israel

- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Kenya

- Se notificaron ocho casos de cVDPV2 en 2023.

Liberia

- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Montserrado.

Madagascar

- Se notificaron 24 casos de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) en 2023.

Mali

- Se notificaron un caso de cVDPV2 en 2024, y 15 casos en 2023.

Mauritania

- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Mozambique

- Se notificaron un caso de cVDPV1 en 2024 y cuatro en 2023.
- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Níger

- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2024.

Nigeria

- Esta semana se notificó un caso de cVDPV2 en Jigawa. Se notificaron 38 casos en 2024, y 87 en 2023.

Pakistán

- Esta semana se notificaron tres casos de WPV1, en Baluchistán (2) y Punjab (1). Se han reportado 12 casos en 2024, y seis en 2023.
- Esta semana se notificaron 31 muestras ambientales positivas para WPV1, en Baluchistán (12), Punjab (7), Sindh (7), Khyber Pakhtunkhwa (2), Islamabad (2) y Ajk (1).

Palestina

- En la semana previa se notificaron seis muestras ambientales positivas para cVDPV2 en Gaza.

República Centroafricana

- Se notificaron 14 casos de cVDPV2 en 2023.

República Democrática del Congo

- Se notificaron cinco casos de cVDPV1 en 2024, y 106 casos en 2023.
- Esta semana se notificaron dos casos de cVDPV2 en Maindombe. Se notificaron ocho casos en 2024, y 118 casos en 2023.

Sierra Leona

- Esta semana se notificaron cuatro muestras ambientales positivas para cVDPV2 en Western Area.

Somalia

- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2024, y ocho casos en 2023.

Sudán del Sur

- Esta semana se notificó un caso de cVDPV2 en A'aly an-Nyl. Se notificaron siete casos en 2024, y tres casos en 2023.

Tanzania

- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2023.

Yemen

- Se notificaron 33 casos de cVDPV2 en 2024, y ocho casos en 2023.

Zambia

- Se informó un caso de cVDPV2 en 2023.

Zimbabwe

- Se informó un caso de cVDPV2 en 2023.

Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: septiembre

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

mednet

Curso virtual

Infecciones en el paciente inmunocomprometido

Una realidad en continua evolución

Directora:
Dra. Claudia Salgueira

Coordinadores:
Dr. Diego Torres, Dra. Ana Laborde

Organiza: Comisión de Infecciones
en el Paciente Inmunocomprometido

Con el patrocinio de:



Beneficios
EXCLUSIVOS!

Cuotas
SIN INTERÉS

Programa

Módulo 1 | Los desafíos que nos plantean las terapias target y la inmunoterapia en patología neoplásica. Parte 1

Módulo 2 | Terapias target e inmunoterapia en patología neoplásica. Parte 2. Nuevas moléculas en OH: manejo de situaciones problema.

Módulo 3 | Prevención bajo las nuevas moléculas: anticipándonos al riesgo

Módulo 4 | Infecciones endémicas y emergentes en Latam: manejo y prevención bajo terapias target

Módulo 5 | Ampliando los horizontes en enfermedad autoinmune

Módulo 6 | Cuando los desafíos son grandes en los pacientes pequeños, ¿cómo abordarlos?

Inscríbete aquí con beneficios especiales

30% OFF

Por inscripción anticipada

Cuotas sin interés

Con Mercado Pago

¡Además, 50% OFF para socios SADI!

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

Completando el curso obtendrás
un certificado por 100 hs. cátedra
con **30 créditos SADI**

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.