

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la mpox

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la fiebre de Oropouche
- México: Brote de hepatitis A en un centro penitenciario de San Luis Potosí
- Trinidad and Tobago: Reportan 1.315 casos de dengue y 16 muertes asociadas en lo que va del año

EL MUNDO

- África: Más de 20.000 casos y 600 muertes por mpox en lo que va de 2024
- Australia: Aumento vertiginoso de los casos de tos convulsa en South Australia
- China: Descubren un novel orthonairovirus asociado con enfermedad febril humana
- El Líbano: Descubren la causa del “inusual” brote de cólera de 2022
- España: Detectan un brote de dengue en Tarragona

- España: Andalucía confirmó la séptima muerte causada por la fiebre del Nilo Occidental
- Nepal: Seis muertes por encefalitis japonesa desde el inicio de la temporada de monzones
- Pakistán: Primer caso de poliomielitis en Islamabad en 16 años
- Tanzania: Situación epidemiológica del cólera
- Vietnam: Muerte humana por rabia en la provincia de Đồng Nai

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

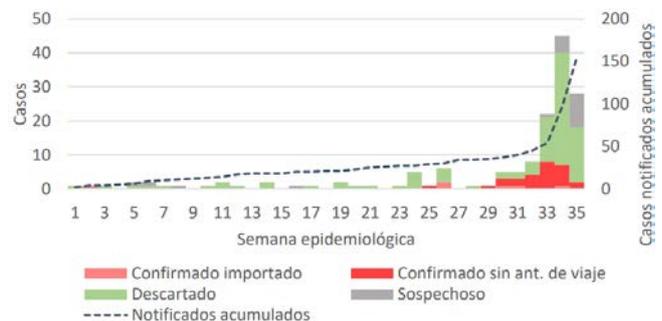


Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - [recfot](http://recfot.com) - 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.

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus –clado Ib–, su rápida propagación en el este de República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud lo declaró como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una [Alerta Epidemiológica](#) el 16 de agosto, incluyendo la descripción de la situación actual y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos, entre otros aspectos relacionados con este evento.



Casos notificados de mpox según clasificación y total de casos notificados acumulados. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n= 154).

Situación en Argentina

En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 35, se identificaron 32 casos confirmados de mpox de un total de 154 casos sospechosos notificados.

Luego de la Alerta Epidemiológica emitida en la SE 33, aumentó la sensibilidad del sistema de vigilancia, llegando a 100 notificaciones de casos sospechosos en las dos SE posteriores (65% del total de notificaciones registradas durante el año, hasta la fecha), permitiendo la detección de 19 de los 32 casos confirmados en lo que va del año. Del total de casos confirmados del periodo, 81% fue confirmado en las últimas cuatro SE.

La sensibilización del sistema se verifica, asimismo, en la disminución de la positividad concomitante al aumento de casos estudiados, la cual pasó de 50% en las SE 32-33 (14 casos estudiados) a 12% en la SE 35 (58 casos estudiados).

En 12 de los casos confirmados se realizó la identificación del clado en la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', correspondiendo todos al clado II.

Dos de los casos requirieron internación, ninguno de ellos en unidades de cuidados intensivos. No se registraron casos fallecidos en el presente año. Seis casos registran antecedentes de viaje o contacto con viajeros.

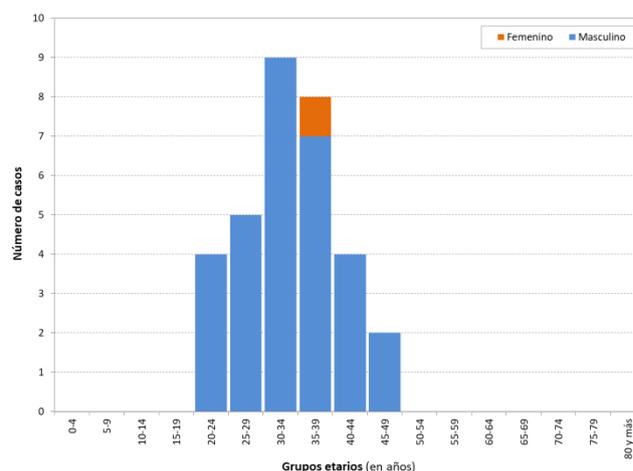
El 88% de los casos confirmados y 84% de los notificados corresponden a pacientes con domicilio en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Provincia/Región	Confirmados año 2024			Notificaciones año 2024
	SE 1 a 35	SE 35	SE 32 a 35	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	21	5	19	58
Buenos Aires	4	1	3	57
Córdoba	1	1	1	5
Entre Ríos	—	—	—	1
Santa Fe	2	—	1	9
Centro	28	7	24	130
Mendoza	1	—	—	2
San Juan	—	—	—	1
San Luis	—	—	—	2
Cuyo	1	—	—	5
Chaco	—	—	—	2
Corrientes	1	—	1	6
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
Noreste Argentino	1	—	1	8
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	1
Salta	—	—	—	1
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	—	—	—	—
Noroeste Argentino	—	—	—	2
Chubut	—	—	—	3
La Pampa	—	—	—	1
Neuquén	1	—	1	2
Río Negro	1	—	—	2
Santa Cruz	—	—	—	1
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	2	—	1	9
Total Argentina	32	7	26	154

Casos confirmados y total de notificaciones según jurisdicción de residencia. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

La mediana de edad de los casos confirmados es de 34 años, con un rango de 20 a 49 años. De los 32 casos confirmados, 31 corresponden a personas de sexo masculino y una al sexo femenino.

Según los datos disponibles hasta el momento, la población más afectada es la de hombres que tienen sexo con hombres (65% de 20 casos que cuentan con datos para las variables epidemiológicas) y el principal factor de riesgo resulta el antecedente de relaciones sexuales con parejas nuevas múltiples y ocasionales. De los 17 casos que cuentan con el dato referido a la condición de VIH, 12 registran coinfección con este virus.



Casos confirmados de mpox según grupos etarios y sexo. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

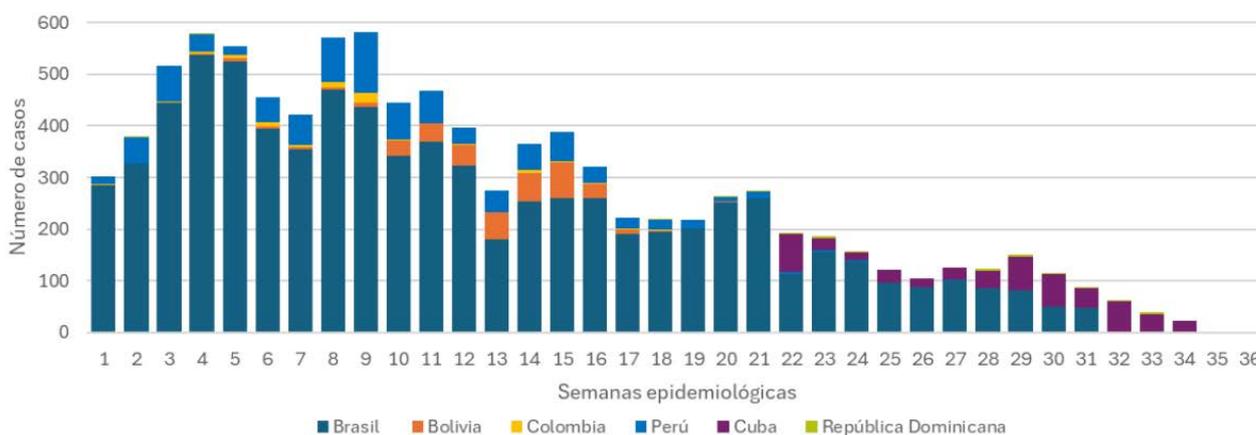
En 100% de los casos que cuentan con información sobre signos y síntomas (27 casos) se registró la presencia de exantema en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos, rostro y torso), seguido en frecuencia por fiebre y mialgias.



06/09/2024

En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 35, se notificaron 9.852 casos confirmados de fiebre de Oropouche, incluidas dos defunciones en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en ocho países de la Región de las Américas: Brasil (7.931 casos, incluidas dos defunciones), Perú (930 casos), Cuba (506 casos), Bolivia (356 casos), Colombia (74 casos), República Dominicana (33 casos), Estados Unidos (21 casos importados) y Canadá (1 caso importado). Adicionalmente, se han reportado casos importados en países de la Región Europea (30 casos).

Desde la [Alerta Epidemiológica por Fiebre de Oropouche](#) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 1 de agosto de 2024, se notificaron 1.774 casos en seis países de la Región: Brasil (647 casos), Perú (640 casos), Cuba (432 casos), República Dominicana (33 casos), Estados Unidos (21 casos importados) y Canadá (1 caso importado).



Casos confirmados de fiebre de Oropouche, según país y semana epidemiológica de inicio de síntomas. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

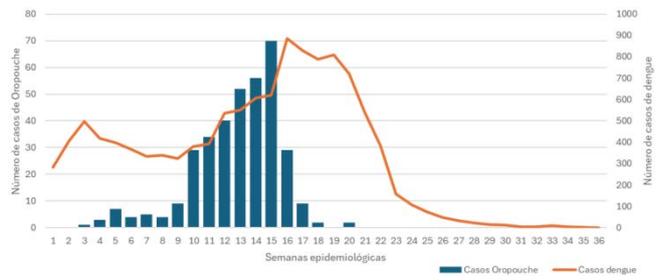
En cuanto a los casos en investigación de transmisión vertical de la infección por el virus de Oropouche (OROV) y sus consecuencias, Brasil notificó once muertes fetales, tres abortos y cuatro casos de anomalías congénitas.

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

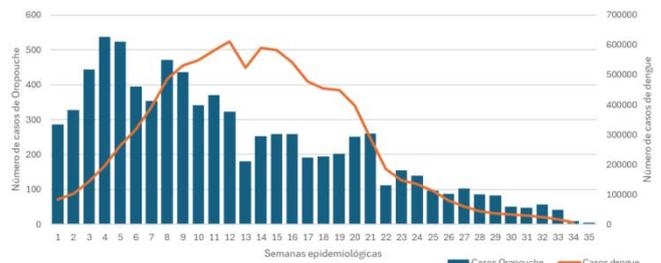
- **Bolivia:** En 2024, hasta la SE 35, se han notificado 356 casos confirmados por laboratorio mediante la técnica de biología molecular (reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa, RT-PCR). Se ha registrado transmisión en tres departamentos: La Paz (268 casos; 75,3% del total), Beni (76 casos, 21,3%) y Pando (12 casos; 3,4%). Los casos se reportan

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), La Asunta, La Paz (13%), Chulumani, La Paz (12%), y Guayaramerín, Beni (12%).

Corresponden 179 casos al sexo femenino (50%) y la mayor proporción se encuentra en el grupo etario de 30 a 39 años (70 casos; 20% del total). No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por OROV. Adicionalmente, entre las SE 12 y 15 se notificaron seis 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 (cinco casos).



Casos confirmados de fiebre de Oropouche y de dengue. Bolivia. Año 2024, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche y de dengue. Brasil. Año 2024, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil.

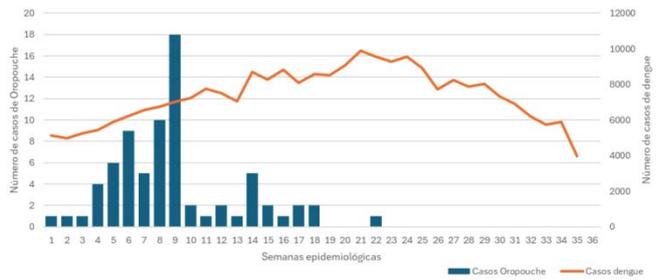
Respecto a la tendencia de los casos confirmados por SE, en comparación con la tendencia de casos confirmados de dengue, se observa que ambos eventos presentan un comportamiento similar desde la SE 10, con una tendencia ascendente hasta la SE 15 para fiebre de Oropouche, cuando alcanza el mayor número de casos (70 casos), y hasta la SE 16 para dengue con el mayor número de casos del año (886 casos). Posteriormente se observa un descenso progresivo en el número de casos de dengue y no se observan nuevos casos de fiebre de Oropouche a partir de la SE 20.

- **Brasil:** En 2024, hasta la SE 35, se han notificado 7.931 casos de fiebre de Oropouche confirmados por laboratorio, incluidas dos defunciones. La mayoría de los casos han tenido como lugar probable de infección municipios de los estados del norte; sin embargo, a la fecha se registran casos en 24 de los 27 estados del país. La región amazónica, considerada endémica para fiebre de Oropouche, concentra 75,7% de los casos registrados en el país, con seis estados notificando casos: Amazonas (3.230 casos), Rondônia (1.710), Acre (270), Roraima (267), Pará (87) y Tocantins (8).

Adicionalmente, se ha documentado la transmisión autóctona en 12 estados no amazónicos, algunos de los cuales no habían reportado casos previamente: Bahía (886 casos), Espírito Santo (452), Ceará (209), Minas Gerais (194), Santa Catarina (179), Pernambuco (132), Rio de Janeiro (116), Maranhão (33), Piauí (29), Mato Grosso (17), São Paulo (7) y Mato Grosso do Sul (2). También se han registrado casos en los estados de Amapá (72), Sergipe (24), Alagoas (6) y Paraíba (1), los cuales están siendo investigados para establecer el lugar probable de infección. En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupos de edad, 4.122 casos (52%) corresponden al sexo masculino y la mayor proporción se registra en el grupo de edad de 20 a 29 años con 1.680 casos notificados (21%).

En relación con la tendencia de los casos de fiebre de Oropouche por SE, en comparación con la tendencia de dengue, se observa que la mayor proporción de casos de fiebre de Oropouche se registró durante los dos primeros meses de 2024, presentando el mayor número de casos en la SE 4 (537 casos), registrándose posteriormente un descenso paulatino, que se ha mantenido hasta las SE 34. Por contrario, los casos de dengue concentraron

el mayor número de casos entre las SE 9 y 20, alcanzando el mayor número de casos en la SE 12 (611.989 casos); posteriormente se observa un descenso progresivo en el número de casos de dengue, mostrando una tendencia similar a los casos de fiebre de Oropouche.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche y de dengue. Colombia. Año 2024, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Colombia.

El Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil informó sobre dos defunciones asociadas a la infección por OROV, en el estado de Bahía y una en investigación en el estado de Paraná, con probable lugar de infección en el estado de Santa Catarina.

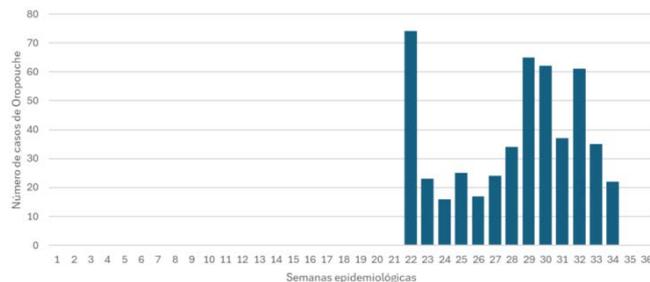
Adicionalmente, el 12 de agosto, Brasil reportó un caso de encefalitis asociada al OROV. El caso corresponde a un hombre residente del estado de Piauí, quien el 1 de mayo ingresó al servicio de urgencias del hospital local con signos y síntomas de fiebre alta, dolor de cabeza, desorientación, temblores y movimientos involuntarios. El 17 de mayo se le tomaron muestras biológicas para la investigación de laboratorio por sospecha de encefalitis viral. Las muestras de sangre, líquido cefalorraquídeo, orina e hisopado nasal fueron enviadas al Laboratorio Central de Salud Pública 'Dr. Pedro Francisco da Costa Alvarenga' de Piauí que, tras los análisis preliminares, las envió al Instituto Nacional de Infectología 'Dr. Evandro Serafim Lobo Chagas' para la investigación de arbovirus. El caso fue trasladado a un hospital de mayor nivel de complejidad debido al deterioro neurológico, de donde fue dado de alta con una mejoría parcial. Se detectó la presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de Oropouche en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo del paciente.

Respecto de los casos de transmisión vertical y sus consecuencias, hasta el 3 de septiembre se han confirmado un caso de muerte fetal en Pernambuco y un caso de anomalía congénita en Acre. En cuanto a los casos que se encuentran bajo investigación en el país se han identificado: 10 casos de muerte fetal en Pernambuco (nueve casos) y Ceará (un caso), tres casos de anomalía congénita en Acre (dos casos) y Bahía (un caso) y tres abortos en Pernambuco.

- **Colombia:** En 2024, hasta la SE 35, se han notificado 74 casos confirmados de fiebre de Oropouche en tres departamentos del país: Amazonas (70 casos), Caquetá (1) y Meta (1), a los que se suma la identificación de dos casos procedentes de Tabatinga, Brasil. Los casos fueron identificados mediante una estrategia de búsqueda retrospectiva 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, 38 casos (51,4%) corresponden al sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo etario de 10 a 19 años (27 casos; 36,5%). No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociados a la infección por el OROV.

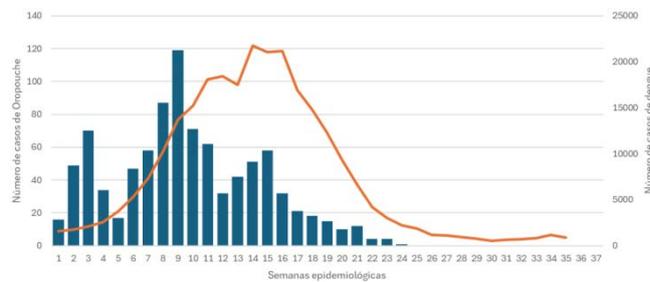
En cuanto a la tendencia de los casos de fiebre de Oropouche por SE, en comparación con la tendencia del dengue, se observa que los casos de dengue se han mantenido en niveles altos durante todo el año, registrando más de 4.000 casos semanales y alcanzando el mayor número de casos en la SE 21 (9.900 casos); mientras tanto, los casos de fiebre de Oropouche muestran una menor proporción de casos, con un incremento a partir de la SE 4, alcanzando el mayor número de casos en la SE 9 (18 casos).

- Cuba:** Desde la primera identificación de casos de fiebre de Oropouche el 27 de mayo de 2024, y hasta la SE 35, se notificaron 506 casos confirmados. Se han registrado casos en 99 municipios, en las 15 provincias del país. El 53% de los casos se registra en las provincias de La Habana (154 casos), Santiago de Cuba (73) y Cienfuegos (35). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, 278 casos (55%) corresponden al sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo etario de 65 y más años (61 casos; 12,1%). No se han reportado defunciones que pudiesen estar asociados a la infección por el OROV.



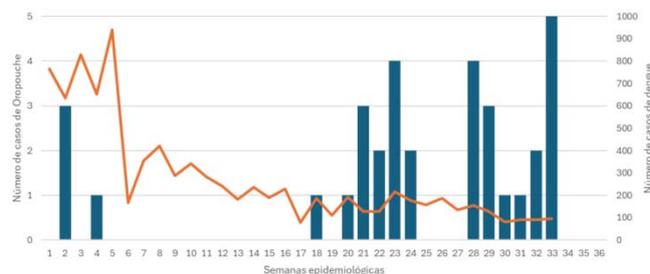
Casos confirmados de fiebre de Oropouche. Cuba. Año 2024, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Cuba.

En cuanto a la tendencia de los casos de fiebre de Oropouche por semana epidemiológica, el mayor número de casos se registró en la SE 22 (74 casos), cuando se realizó la primera detección de casos, para luego mantener durante cinco SE una notificación de menos de 30 casos por semana y posteriormente un incremento en el cual se identifican más de 30 casos semanales.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche y de dengue. Perú. Año 2024, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Perú.

- Perú:** En 2024, hasta la SE 35, se han notificado 930 casos confirmados de fiebre de Oropouche en siete departamentos del país: Loreto (454 casos), Madre de Dios (312), Ucayali (148), Huánuco (12), Junín (2), Tumbes (1) y San Martín (1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo etario, 470 casos (51%) corresponden al sexo masculino, y la mayor proporción de casos se registra en el grupo etario de 30 a 39 años con 346 casos (37%). No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por el OROV.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche y de dengue. República Dominicana. Año 2024, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de República Dominicana.

Respecto de la tendencia de los casos de fiebre de Oropouche por semana epidemiológica, en comparación con la tendencia de dengue, se observa que los casos de dengue presentaron una tendencia en ascenso a partir de la SE 6 hasta alcanzar el mayor número de casos en la SE 14 (21.779 casos) y manteniendo un descenso progresivo hasta la SE 26, a diferencia de los casos de fiebre de Oropouche que mostraron un mayor número de casos en la SE 9 (119 casos).

- República Dominicana:** A partir del análisis retrospectivo efectuado en muestras negativas para dengue almacenadas en la seroteca del Laboratorio Nacional en Salud Pública, en el mes de agosto se identificaron 33 casos confirmados de fiebre de Oropouche en 12 provincias. La mayoría de los casos se registraron en la provincia de Hermanas Mirabal (12 casos). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo etario, 22 casos (66,6%) corresponden al sexo masculino, y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 0 a 9 años (13 casos; 39%).

Respecto de la tendencia de los casos de fiebre de Oropouche por SE, en comparación con la tendencia de dengue, se observa que la mayor proporción de casos de dengue se presentó entre las SE 1 a 6 de 2024, alcanzando el mayor número de casos en la SE 5 (939 casos) y manteniendo un descenso progresivo, a diferencia de los casos de fiebre de Oropouche, que mostraron un aumento a partir de la SE 21, registrando el mayor número de casos en la SE 33 (5 casos).

Casos importados en países no endémicos

En la Región de las Américas, Canadá reportó en la SE 33 la confirmación de un caso de fiebre de Oropouche, con antecedente de viaje a Cuba. Asimismo, Estados Unidos identificó 21 casos importados hasta el 16 de agosto, los cuales fueron notificados en los estados de Florida (20 casos) y en New York (un caso). La mediana de edad de los casos fue de 48 años (rango: 15-94 años) y 48% eran mujeres. Tres casos fueron hospitalizados, no se reportaron muertes y todos los casos tuvieron antecedente de viaje a Cuba.

Adicionalmente, entre las SE 23 y 35 del 2024, se han identificado 30 casos importados de fiebre de Oropouche en tres países de la Región Europea: Alemania (tres casos), España (21 casos) e Italia (seis casos); 20 de estos casos tenían antecedente de viaje a Cuba y uno a Brasil. Estos casos son los primeros casos registrados en esta región.

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

Un severo brote de hepatitis A afecta desde hace dos semanas a personas privadas de la libertad en el Centro Estatal de Reinserción Social (CERESO) N° 1 La Pila, en San Luis Potosí, con al menos 12 internos contagiados y uno de ellos hospitalizado en estado grave en el Hospital Central 'Dr. Ignacio Morones Prieto'. Las fuentes internas del penal, que pidieron mantener su anonimato, revelaron que los primeros casos de contagio comenzaron hace aproximadamente quince días.



Los trabajadores y familiares de los internos afirman que no ha habido ningún comunicado preventivo por parte de las autoridades penitenciarias, ni para el personal laboral, los internos o sus familiares. Esto ha generado temor ante la posibilidad de que el brote se extienda en los próximos días. Algunos empleados han considerado la posibilidad de un paro de labores en protesta por lo que consideran una exposición irresponsable de su salud.

El brote coincide con el reciente cambio de titular en la Dirección de Prevención y Reinserción Social del Estado, cuando Margot Montes Sandoval asumió el cargo, relevando a Jaime Arturo Gutiérrez Barrios, quien había sido nombrado en marzo pasado.

Juan Luis Delgado Gallegos, subdirector de Epidemiología de los Servicios de Salud, confirmó los casos de hepatitis A. El epidemiólogo comentó que el brote fue detectado luego de que uno de los internos fuera hospitalizado, a quien se le practicó una prueba de hepatitis y dio positivo para hepatitis A. “Con este caso confirmado, los demás casos fueron asociados por vínculo epidemiológico, para tratarlos de manera coincidente. Esto fue importante para hacer la contención del brote”.

Delgado Gallegos agregó que, cuando se identificaron los casos, se iniciaron las acciones para evitar la propagación, entre la que destacan el lavado de manos de personal e internos y seguridad alimentaria en la cocción y la entrega para que el consumo de los alimentos. Aclaró que las personas contagiadas no compartían celdas por lo que esto se pudo ocasionar por una mala aplicación de las estrategias.

“Al momento de esta asociación de contactos positivos, se inició una investigación médico-epidemiológica. Se envió personal para buscar casos y aislarlos en caso de ser necesario y buscar además contactos que puedan ser compatibles con sintomatología sospechosa de hepatitis, como malestar abdominal, malestar generalizado, náuseas, diarrea, vómitos, fiebre e ictericia, un síntoma clásico de la hepatitis que permite identificarla más fácilmente”.

El experto comentó que hasta el momento no se han detectado más personas con síntomas.



Trinidad and Tobago informó de una nueva muerte causada por el dengue, lo que eleva el número de víctimas fatales a 16 en lo que va del año. Las autoridades informaron que el recuento de casos de dengue confirmados por laboratorio llegó a 1.315 en todo el país hasta la fecha.

Estos datos fueron revelados por el Ministerio de Salud del país, al tiempo que informó que, hasta el 5 de septiembre, se había emitido un total de 914 avisos a propietarios/ocupantes de propiedades, ordenándoles que limpiaran sus entornos. De estos, hasta el momento se ha identificado a 43 a los que se les iniciará un proceso legal por incumplimiento.

El ministerio compartió algunos consejos esenciales que la población debe seguir para reducir los lugares de reproducción de mosquitos. Las medidas solicitan a todos los residentes que desechen elementos que puedan acumular agua, como vehículos o electrodomésticos abandonados.

También solicitó a los ciudadanos que cubran los recipientes de agua como tanques y barriles con cubiertas antimosquitos.

El Ministerio de Salud también recomendó a los ciudadanos que corten la vegetación que puede albergar mosquitos y limpien los desagües y las canaletas para evitar el estancamiento del agua. Las larvas de mosquitos viven en agua estancada y sólo necesitan una pequeña cantidad de agua. Incluso algo tan pequeño como un charco de agua en una bolsa de plástico desechada puede albergarlas.

Las autoridades también pidieron a todos los compatriotas que se deshagan de todos sus artículos no deseados, como neumáticos, que pueden acumular agua y convertirse en criaderos de mosquitos.

También se ha recomendado a los ciudadanos que utilicen mosquiteros y repelentes de insectos para su protección personal. Señalaron que la gente debe estar alerta, ya que es la única forma eficaz de frenar la propagación del dengue.



El marcado aumento en el número de casos de dengue que experimentó Trinidad and Tobago en agosto pasado continúa. Hasta la semana epidemiológica 30 (27 de julio) había notificado a la Organización Panamericana de la Salud 450 casos con cuatro muertes, cifra que ahora ha aumentado a 1.315 casos confirmados con 16 muertes. Este aumento de casos es sin duda la razón por la que el Ministerio de Salud ha tomado medidas enérgicas contra los propietarios de viviendas para eliminar las acumulaciones de agua donde *Aedes aegypti* puede reproducirse.



ÁFRICA

MÁS DE 20.000 CASOS Y 600 MUERTES
POR MPOX EN LO QUE VA DE 2024

09/09/2024

Desde el inicio del seguimiento de la mpox en 2022, y hasta el 31 de julio de 2024, más de 120 países del mundo han notificado más de 100.000 casos confirmados a causa del clado I y el clado II del virus de la mpox (MPXV), incluidas más de 200 muertes entre los casos confirmados, según la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#). Todos los casos de mpox debidos al clado I del MPXV se han notificado en el continente africano, salvo un caso notificado en Suecia y otro en Tailandia.

En 2024, se han notificado en África más de 20.000 casos de mpox, incluidas más de 600 muertes (confirmadas y sospechosas), debido al clado I y al clado II del MPXV en los Estados miembros de la Unión Africana, incluidos más de 5.000 casos confirmados, según el [Informe de Inteligencia Epidémica](#) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (África-CDC), publicado el 31 de agosto de 2024, y el [informe semanal](#) de la Oficina Regional para África de la OMS, del 30 de agosto. Los países que informan son Burundi, Camerún, Côte d'Ivoire, Gabón, Liberia, Kenya, Nigeria, República Centroafricana, República del Congo, República Democrática del Congo, Rwanda, Sudáfrica y Uganda.

La situación epidemiológica sigue siendo similar a la semana anterior. En la última semana, un nuevo país, Guinea, notificó un caso de mpox. El clado aún no se ha determinado.

Actualizaciones

Los dos países que han notificado el mayor número de casos en las últimas semanas siguen siendo República Democrática del Congo y Burundi.

- República Democrática del Congo sigue notificando el mayor número de casos en África, con 1.838 casos confirmados, 1.095 casos sospechosos y 35 muertes notificadas [entre el 23 y el 30 de agosto](#). El número acumulado de casos en 2024 supera los 20.000 (4.799 confirmados y 17.801 sospechosos), incluidas 610 muertes. Según el [Informe Mundial sobre Mpox](#) de la OMS, en República Democrática del Congo se han notificado 27 muertes confirmadas por mpox, 25 de ellas en 2024 hasta el 25 de agosto. Circulan los clados Ia y Ib del MPXV. La mayoría de los casos y muertes notificados se dan en menores de 15 años (66% de los casos y 82% de las muertes), mientras que los hombres representan 73% de todos los casos, según los África-CDC.
- Burundi ha notificado, hasta el 1 de septiembre de 2024, 328 casos confirmados, [según la OMS](#). El Informe Semanal de Situación de la Oficina Regional para África de la OMS, del 30 de agosto, indica que se notificaron casos en 29 de los 49 distritos del país. Más de un tercio de los casos (37,5%) se notificaron en niños menores de 10 años (24% en menores de 5

años) y 24,6% en personas de entre 20 y 30 años. Hay una ligera preponderancia de varones entre los casos (56%). La tasa de positividad de las pruebas es de 37,6% (455 pruebas realizadas en total, al 28 de agosto).

- Uganda ha notificado 10 casos confirmados hasta el 2 de septiembre. De ellos, siete se notificaron fuera de Kasese, que es la zona fronteriza con República Democrática del Congo, donde se han notificado tres casos en total (incluidos los dos primeros casos notificados en Uganda). Al menos siete casos no tienen antecedentes de viajes a las zonas afectadas y dos se notificaron en Kampala.
- Kenya informó cinco casos de mpox. Los dos primeros casos eran hombres que habían sido detectados en los puntos de ingreso. El tercer caso, notificado el 30 de agosto, es el de una mujer con antecedentes de viaje a Uganda. El caso se notificó en Nairobi. El 31 de agosto se notificó el cuarto caso en el condado de Nakuru (con antecedentes de viajes a Ruanda) y el 6 de septiembre se informó de un quinto caso, vinculado al cuarto. Se detectó el clado Ib.
- Liberia notificó un caso de mpox el 2 de septiembre de 2024 y otro el 7 de septiembre de 2024, aunque el clado aún no ha sido identificado. Se han reportado seis casos adicionales hasta la fecha en 2024, el más reciente en agosto, pero antes de la declaración de la Emergencia de Salud Pública de Seguridad Continental por parte del África-CDC el 13 de agosto de 2024. En total se han reportado ocho casos en el país.

El 13 de agosto de 2024, el África-CDC declaró a la mpox una Emergencia de Salud Pública de Seguridad Continental. El 14 de agosto de 2024, la OMS convocó una reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional para discutir el aumento de casos de la mpox y declaró que el brote actual debido al clado I del MPXV constituye una emergencia de salud pública de interés internacional.

Salud de South Australia instó a los niños y a las mujeres embarazadas a que se vacunen contra la tos convulsa a medida que los casos aumentan a un máximo de seis años en el estado.

Este año se han detectado 492 casos en South Australia, en comparación con solo 48 casos registrados en 2023.

Esta enfermedad altamente contagiosa puede ser grave en personas de todas las edades, pero es más peligrosa para los bebés.

La directora de Salud de South Australia, Nicola Jane Spurrier, dijo que se recomendaba la vacunación y revacunación para algunas personas. “Cualquier persona que vaya a pasar tiempo con bebés menores de seis meses debe considerar la posibilidad de adquirir una vacuna de refuerzo”, dijo Spurrier. “Muchas personas que se han vacunado quizá no saben que la inmunidad disminuye con el tiempo”.

Spurrier también alentó a las mujeres embarazadas a vacunarse para protegerse a sí mismas y a sus recién nacidos.

Los niños de 18 meses, y dos, cuatro y seis años deben recibir la vacuna. Y se recomienda que las mujeres embarazadas se vacunen entre las 20 y 32 semanas de gestación.

Según el Panel Nacional de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles, en lo que va de 2024 se han registrado más de 25.600 casos de tos convulsa en toda Australia. La mayoría de los casos se han detectado en New South Wales, seguido de Queensland y Victoria.

New South Wales registró 5.372 casos hasta el 30 de junio de este año, mientras que Queensland registró 4.951 durante el mismo período.

Salud de South Australia advirtió que se producen epidemias de tos convulsa cada tres o cuatro años en el estado. La última vez que los casos alcanzaron los tres dígitos en septiembre fue en 2020, durante la pandemia de covid.

Alrededor de 250.000 niños mueren cada año en todo el mundo a causa de la tos convulsa.

La enfermedad también se puede tratar con antibióticos, pero Spurrier instó a tomar medidas sanitarias básicas para reducir la propagación de la infección. Esto incluye cubrirse la nariz y la boca al estornudar y toser y lavarse las manos regularmente.

“Por favor, quédese en casa y no vaya al trabajo ni a la escuela si está enfermo, para evitar la propagación de la tos convulsa a otras personas”, dijo Spurrier.



Un reciente [informe](#) de caso describe un orthonairovirus previamente no identificado, al que se denominó virus de los humedales (Wetland virus, WELV), en un hombre picado por una garrapata en un humedal en Mongolia Interior, China, en 2019.

Después de aislar el virus del paciente índice, el equipo de investigadores realizó una vigilancia para determinar la prevalencia de la infección por el WELV entre pacientes hospitalizados con fiebre y antecedentes de picadura de garrapata. También se investigó su capacidad para causar enfermedades en ratones.

El paciente índice era un hombre de 61 años hospitalizado en junio de 2019 después de desarrollar fiebre y una disfunción orgánica múltiple tras una picadura de garrapata cinco días antes.

El WELV, un miembro del género *Orthonairovirus* de la familia *Nairoviridae*, está estrechamente relacionado con el genogrupo orthonairovirus Hazara transmitido por garrapatas, que incluye el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.

El virus detectado en otros pacientes, garrapatas y animales

Diecisiete pacientes de cuatro áreas de China presentaron síntomas no específicos como fiebre, mareos, dolor de cabeza, malestar, dolor muscular, artritis y dolor de espalda y, a veces, Petequias, hinchazón localizada de los ganglios linfáticos y síntomas neurológicos.

A estos pacientes se les diagnosticó la infección por el WELV mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Los resultados de laboratorio más comunes fueron leucopenia, trombocitopenia y niveles elevados de dímero D y de lactato deshidrogenasa.

Las pruebas de suero de ocho pacientes recuperados revelaron una concentración cuatro veces mayor de anticuerpos específicos contra el WELV que la observada en muestras recogidas durante la infección aguda. Una investigación de campo encontró ARN del virus en cinco especies de garrapatas, así como en ovejas, caballos, cerdos y zokors transbaikales (*Myospalax psilurus*, un tipo de roedor) muestreados en el noreste de China.

El WELV aislado del paciente índice y de las garrapatas mostró efectos citopáticos en las células que recubren la vena umbilical humana. La inyección del virus en el abdomen de ratones y hámsteres provocó infección, daño cerebral y muerte.

Los investigadores dijeron que la garrapata *Haemaphysalis concinna* puede transmitir el WELV a un animal, que luego lo pasa a su descendencia a través de los ovarios.

Los síntomas iniciales de la infección por el WELV se manifiestan como una enfermedad inespecífica, por lo que es necesario un diagnóstico diferencial con otras enfermedades transmitidas por garrapatas. Mejorar la vigilancia y la detección de orthonairovirus emergentes permitirá una mejor comprensión del efecto que estos virus tienen sobre la salud humana.

A lo largo de la historia, El Líbano ha sido testigo de varios brotes de cólera, el más reciente de los cuales ocurrió en 2022, cuando los primeros casos comenzaron a aparecer en octubre, y la epidemia se extendió rápidamente a casi todas las gobernaciones del país.

Este fue el primer brote en El Líbano en unos 30 años, y provocó 8.007 casos sospechosos, 671 casos confirmados y 23 muertes.

El cólera es una enfermedad infecciosa aguda que afecta el sistema digestivo y causa diarrea acuosa grave que puede provocar deshidratación grave y la muerte si no se trata rápidamente. La infección es causada por la bacteria *Vibrio cholerae*, que secreta una toxina en el intestino delgado, lo que provoca la secreción de enormes cantidades de agua, lo que posteriormente provoca diarrea y una rápida pérdida de líquidos y sales.

Un reciente [estudio](#) mostró resultados sorprendentes sobre el "inusual" brote de cólera en El Líbano, el que confirmó que fue causado por dos cepas diferentes de *V. cholerae*.

Los brotes de cólera causados por dos cepas diferentes son relativamente raros, ya que el brote suele estar provocado por una única cepa (genotipo) de *V. cholerae*, especialmente de los serogrupos más virulentos (O1) y (O139).

Casos como el de El Líbano de 2022 ocurren bajo ciertas condiciones ambientales o epidemiológicas que permiten que múltiples cepas coexistan e interactúen, lo que complica la dinámica del brote y afecta su manejo, y esto debe tenerse en cuenta durante las investigaciones epidemiológicas y estrategias de respuesta.

Este descubrimiento confirma la necesidad de utilizar la vigilancia genómica para rastrear y monitorear el cólera, y la importancia de las herramientas genómicas en las investigaciones epidemiológicas.

Estudio epidemiológico

El equipo de investigadores llevó a cabo un estudio epidemiológico genético integral de 34 muestras clínicas y ambientales aisladas del brote en El Líbano.

Este estudio reveló que la causa del brote de cólera en El Líbano en el período 2022-2023 fue causada por dos cepas diferentes de *V. cholerae* O1, ambas pertenecientes al serotipo Ogawa de la ola 3 del linaje El Tor de la séptima pandemia (7PET), pero se diferencian en su composición genética y su resistencia a los antibióticos.

La cepa dominante en El Líbano estaba vinculada a una subcepa del sur de Asia y África llamada (AFR15), mientras que la segunda cepa, menos común, es altamente resistente a los medicamentos y estaba vinculada a aislados de una subcepa de Yemen llamada (AFR13).



Las dos cepas mostraron diferentes patrones de resistencia a los antimicrobianos; la cepa principal tenía un espectro de resistencia estrecho, mientras que la segunda mostró una amplia resistencia a varios antibióticos, incluidas las cefalosporinas y macrólidos de tercera generación.

Efectos complejos

La presencia de dos cepas diferentes de *V. cholerae* en El Líbano tuvo impactos complejos en la salud pública, como resultado de la mayor propagación de la enfermedad y las dificultades para rastrearla y controlarla. Cada cepa tiene características distintas en términos de virulencia y resistencia a los antibióticos, lo que aumentó los desafíos para controlar el brote y brindar un tratamiento eficaz.

La multiplicidad de cepas también generó desafíos de diagnóstico que requirieron herramientas avanzadas para detectarlas, lo que dificultó el seguimiento preciso del brote. Esto llevó a la necesidad de modificar los protocolos de tratamiento según cada cepa, lo que añadió complejidad adicional a la respuesta sanitaria.

Las cepas de *V. cholerae* resistentes a los antibióticos representan una gran amenaza para la salud pública debido a la dificultad del tratamiento y al mayor riesgo de contraer la enfermedad, de complicaciones y de muerte.

Se recomienda implementar medidas preventivas que incluyan monitorear las cepas y educar a las comunidades sobre las formas de prevención y la importancia de un tratamiento adecuado.

En cuanto a las lecciones aprendidas de los resultados, se destaca la importancia de sistemas de vigilancia eficaces para distinguir entre diferentes cepas y garantizar un diagnóstico rápido y preciso, fortaleciendo las capacidades de los laboratorios, desarrollando herramientas de diagnóstico avanzadas y mejorando la infraestructura de agua y saneamiento.

Esto se suma a la ampliación de la cobertura de vacunas en áreas de riesgo, el desarrollo de planes de respuesta personalizados para brotes de múltiples cepas y la mejora de la cooperación internacional y regional para compartir datos y coordinar esfuerzos.

La Agencia de Salud Pública de Catalunya (ASPACAT) anunció que se ha detectado un brote de transmisión autóctona de dengue en el municipio de Vila-seca, provincia de Tarragona. Dos de los casos fueron ingresados en el Hospital Universitario ‘Joan XXIII’ de Tarragona y posteriormente fueron dados de alta a su domicilio; un tercer caso sintomático no requirió ingreso hospitalario y dos casos más han estado asintomáticos.

“Aunque los casos detectados en Vila-seca han sido leves, las autoridades sanitarias recomiendan a la ciudadanía estar atenta a los síntomas y, en caso de sospecha, dirigirse inmediatamente al Centro de Atención Primaria más próximo para recibir atención médica adecuada”, señalaron desde Salud Pública.

Según informó la ASPACAT, en años anteriores ya se habían diagnosticado casos autóctonos de dengue, es decir, no asociados al movimiento de personas. Para evitar posibles contagios, el procedimiento consiste en una búsqueda activa de nuevos casos, mediante inspecciones para detectar posibles focos de transmisión a partir de mosquitos y se alerta a los servicios de atención primaria y hospitalaria de la zona para detectar casos sospechosos.

Además, se trabaja directamente con el municipio de residencia de estos casos para proporcionar recomendaciones de desinsectación y protección ante las picaduras de mosquito. Finalmente, el Banco de Sangre y Tejidos realiza cribados sistemáticos de dengue y otras enfermedades transmitidas por mosquitos en los donantes de Catalunya.

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas después de la detección del brote de este año, se valora el riesgo de aparición de nuevos casos autóctonos en la zona como “moderado” hasta el final del periodo de actividad vectorial en el mes de noviembre.

Durante el año 2022, la detección de casos aumentó casi al nivel de antes de la pandemia de covid, con un total de 194 casos confirmados en Catalunya. En el año 2023 se confirmaron 260 casos, y hasta agosto de 2024 se han notificado 295 casos, la mayor parte importados de áreas geográficas endémicas de dengue, especialmente de la región de las Américas.

El riesgo de importación de casos de las zonas endémicas hacia las zonas no endémicas donde están presentes potenciales vectores, como *Aedes albopictus*, hace que la transmisión sea factible y ocasione la aparición de casos en la población autóctona.

Este fue el caso, por ejemplo, de los casos autóctonos que aparecieron durante los años 2018 y 2019 en España (dos en Catalunya) y Francia, los aparecidos en Italia y Francia durante 2020 (11 y 13 casos, respectivamente), los brotes detectados durante 2022 en Ibiza, con seis casos, y Francia, con 9 brotes y 65 casos, o los tres casos detectados en Catalunya en 2023.

← Post
Ajuntament de Vila-seca @AjVilaseca

La Secretaria de Salut Pública #Gencat ens ha informat que s’han detectat alguns casos lleus de Dengue a la zona. El focus està controlat, però des de Salut, ens demanen que us fem extensiva la informació de protecció davant les picades. Si teniu els símptomes dirigiu-vos al CAP [Translate post](#)



8:59 AM · Sep 8, 2024 · 419 Views

El goteo de fallecidos por la fiebre del Nilo Occidental no cesa. Andalucía confirmó una nueva víctima mortal, la séptima de este segundo brote. Se trata de una persona con patologías previas, vecina de Mairena del Aljarafe (Sevilla). Aunque se han detectado mosquitos portadores del virus del Nilo Occidental en localidades de las provincias de Sevilla, Cádiz, Huelva, Córdoba, Jaén y Málaga, todos los muertos residían en municipios del territorio sevillano, a excepción de [una fallecida en Navarra](#), cuya muerte fue notificada la semana pasada, pero que se infectó mientras visitaba Utrera, también en Sevilla.



Vecinos de Coria del Río (Sevilla) durante la primera manifestación de la Plataforma Vecinal de Lucha contra el Virus del Nilo para llamar la atención de la Junta de Andalucía sobre el control de los mosquitos propagadores de este patógeno.

De acuerdo con el recuento semanal facilitado por la Consejería de Salud, en los últimos siete días se han identificado siete nuevos casos, todos en la provincia de Sevilla –uno en la misma capital– y otro en el municipio jiennense de Linares. De todos ellos, además de la persona fallecida, otros tres infectados ya han sido dados de alta. La Junta no confirmó si el afectado de Linares pudo recibir la picadura durante alguna visita a la provincia de Sevilla, como sucedió con la víctima mortal de Navarra, pero recordó que hace varias semanas se detectó un mosquito portador del virus del Nilo Occidental en La Carolina, en la provincia de Jaén. Tras conocer la presencia del virus en su municipio, el Ayuntamiento linarense emitió un comunicado en el que informó que está procediendo a “adoptar medidas pertinentes” de vigilancia y solicitó a los vecinos que adopten medidas preventivas para evitar las picaduras de mosquitos.

De acuerdo con los estudios epidemiológicos realizados y según la probable fecha de exposición de los casos, la práctica totalidad de las exposiciones de estos últimos infectados tuvo lugar en la primera quincena del mes de agosto. Los primeros casos de infectados por este patógeno fueron detectados el pasado 10 de julio.

La cifra de fallecidos de este segundo brote, siete, se acerca a las ocho que se cobró el primer brote de hace cuatro años. Entonces, hubo 72 casos confirmados, y en los últimos dos meses se registraron más de 60 infectados. En 2020, la Junta de Andalucía [puso en marcha una estrategia](#) para combatir la enfermedad, que incluye un Programa de Vigilancia y Control Integral de los vectores transmisores del virus del Nilo Occidental, que exige a los ayuntamientos que diseñen sus propios planes de prevención para reducir las formas de transmisión entre sus vecinos. El Gobierno andaluz que preside Juan Manuel Moreno Bonilla defiende esta planificación que incluye una división de competencias entre administraciones y que deja a municipios y diputaciones las tareas de prevención, y centra en su Ejecutivo regional el aspecto clínico, la previsión, la planificación y la organización sanitaria para los que necesiten atención.

“Aquí todos tienen una función y una misión y la Junta está cumpliendo”, defendió Moreno Bonilla la semana pasada. En la relación semanal proporcionada por Salud se hizo hincapié en ese reparto competencial y se recordó a los ayuntamientos que deben adoptar, según lo previsto en el citado Programa, actuaciones de salud pública para “reducir de forma relevante las probabilidades de transmisión”. La consejería recordó también que la Junta realiza actuaciones de vigilancia y control a las empresas contratadas por las Diputaciones de Cádiz y Sevilla para fumigar las zonas peri-urbanas, “realizando verificaciones *in situ* y reuniones de seguimiento” cada semana con los ayuntamientos más afectados.

Los ayuntamientos afectados, como el de Coria del Río –con tres fallecidos, el que más muertes registra en este segundo brote–, así como el investigador de la Estación Biológica de Doñana y experto en este patógeno, Jordi Figuerola Borrás, advirtieron que los planes de prevención que anualmente deben diseñar los gobiernos municipales, tal y como estipula la estrategia de la Junta, no sirven para atajar ni prevenir la propagación de los mosquitos porque solo se ciñen a la zona urbana. Los expertos demandaron el tratamiento con un larvicida específico para evitar el nacimiento de las larvas y la propagación de estos insectos en los arrozales y humedales que rodean el Guadalquivir. “Este año se han cultivado 27.000 hectáreas de arroz sin programarse ningún plan para el control y reducción de los mosquitos que genera esta actividad privada”, señaló Figuerola Borrás. El investigador puso como ejemplo de las fallas en la estrategia el hecho de que la propagación del virus determine que, como en el caso de Linares, se encuentre en localidades donde no se habían detectado casos y que, por tanto, no estaban obligadas a adoptar medidas preventivas.

Moreno Bonilla se limitó a asegurar que durante este mes de septiembre la Junta pondrá “toda la carne en el asador” tanto en recursos financieros como humanos para combatir la expansión de este mosquito, justo en el mes donde mayor riesgo de proliferación existe y que aprovechará el otoño para “engrasar” la coordinación con el resto de la diputación y los municipios para encarar el año que viene con garantías de que todos sepan cuáles son sus competencias.

Por parte de la Diputación de Sevilla, que ha invertido un millón de euros para las tareas de fumigación de los ayuntamientos afectados, se demandó una mayor implicación del Gobierno andaluz. “La Junta llegó mal y tarde, y escenificó una falta de planificación absoluta. Esto no es un tema competencial, esto es un asunto que requiere que la Junta asuma el mando único, porque es un problema de salud pública”, afirmó el presidente de la entidad provincial, Francisco Javier Fernández De los Ríos Torres.

La Junta tendrá la posibilidad de explicarse el 11 de septiembre con la primera comparecencia de la nueva consejera de Salud y Consumo, María del Rocío Hernández Soto, que se estrenará en el Parlamento andaluz para informar sobre la gestión de la administración autónoma en la segunda crisis del virus del Nilo Occidental en cuatro años.

Las autoridades sanitarias nepalesas informaron al menos seis muertes y 36 infecciones por encefalitis japonesa desde el comienzo de la temporada de monzones de este año.

Según la Sección de Inmunización de la División de Bienestar Familiar del Departamento de Servicios de Salud, varios distritos, incluido Kailali, han reportado muertes e infecciones por el virus.

“El año pasado hubo cinco muertes y 107 casos de infecciones por encefalitis japonesa”, afirmó el Dr. Abhiyan Gautam, jefe de la sección.

La encefalitis japonesa es una infección viral causada por el virus de la encefalitis japonesa, que es endémico en Asia y partes del Pacífico Occidental. Se trata de un flavivirus transmitido por mosquitos, del mismo género que los del dengue, la fiebre zika, la fiebre amarilla y la fiebre del Nilo Occidental. La tasa de letalidad entre los infectados puede llegar a 30%. Entre 30 y 50% de los afectados sufren secuelas neurológicas, cognitivas y conductuales permanentes.

Existen vacunas seguras y eficaces para prevenir la infección por el virus de la encefalitis japonesa. Nepal ha incluido la vacuna en su calendario oficial, que el gobierno proporciona gratuitamente a todos los niños.

La Dirección de Salud de la provincia de Sudurpaschim informó que dos pacientes, un niño de 9 años del Distrito 5 y un hombre de 60 años del Distrito 6 del municipio de Ghodaghodi, murieron a causa de la infección.

“El Laboratorio Nacional de Salud Pública, que realizó pruebas serológicas, confirmó la presencia del virus tanto en los pacientes fallecidos como en los infectados”, dijo el Dr. Khagendra Bam, director interino de la Dirección de Salud. “Otros cuatro que reciben tratamiento en hospitales son del municipio vecino de Gauriganga y su estado es estable”.

Las autoridades afirman que actualmente están recopilando datos sobre niños menores de cinco años para administrarles la vacuna. Sin embargo, los funcionarios del Ministerio de Salud dijeron que no hay planes inmediatos para realizar campañas de vacunación adicionales en las áreas afectadas por la enfermedad.

“Todos los años se registran muertes e infecciones por encefalitis japonesa, ya que la enfermedad es endémica en nuestro país”, afirmó Gautam. “Pero el número de muertes e infecciones ha disminuido significativamente en comparación con el pasado”.

Las autoridades dijeron que en el pasado, decenas de personas morían y alrededor de 600 eran infectadas por el virus de la encefalitis japonesa cada año.

Los médicos recomiendan tomar precauciones para evitar las picaduras de mosquitos, como usar repelentes, vestir ropa de manga larga y vacunarse si se vive en zonas endémicas de la enfermedad o se viaja a ellas. También destacan la importancia de la concienciación y el tratamiento oportuno para prevenir infecciones y muertes.

Dado que el control del mosquito vector es difícil, las únicas medidas preventivas disponibles son la vacunación y la educación pública para evitar las picaduras de mosquitos. La encefalitis japonesa es endémica en Nepal. Las aves, y especialmente las garzas (familia Ardeidae), son huéspedes reservorios y los mosquitos vectores son varias especies de *Culex*. Los cerdos pueden servir como huéspedes amplificadores del virus de la encefalitis japonesa.



Pakistán notificó el decimoséptimo caso de poliomielitis del año en Islamabad, donde un niño quedó paralizado a causa del poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1).

Según el Laboratorio de Referencia Regional para la Poliomielitis del Instituto Nacional de Salud, se detectó el WPV1 en un niño de la zona rural 4 del Consejo de la Unión de Islamabad.

Este es el primer caso humano reportado en Islamabad en 16 años, mientras que las muestras ambientales de la capital federal y el vecino distrito de Rawalpindi han sido positivas para WPV1 desde junio, lo que subraya la amenaza persistente de la poliomielitis para el bienestar de los niños.

“Es increíblemente desgarrador que otro niño de Pakistán haya sido afectado por una enfermedad que no tiene cura pero que es totalmente prevenible con la ayuda de una vacuna de fácil acceso”, dijo Ayesha Raza Farooq la persona encargada por el Primer Ministro para la erradicación de la poliomielitis.

Agregó que en vista del intenso brote de poliovirus en el país, el Programa contra la Poliomielitis celebró sesiones consultivas exhaustivas con las provincias y distritos para implementar planes para mejorar todos los aspectos de las actividades de erradicación de la poliomielitis, empezando por una campaña contra la enfermedad que comienza la próxima semana.

“A partir del 9 de septiembre, equipos de lucha contra la poliomielitis irán casa por casa en 115 distritos para vacunar a más de 33 millones de niños menores de cinco años”, afirmó. “Este virus no discrimina. Allí donde encuentre a un niño con inmunidad reducida, atacará. Los padres deben comprender la urgencia de asegurarse de que sus hijos reciban las gotas antipoliomielíticas y estén al día con su vacunación sistemática”.

Muhammad Anwarul Haq, coordinador del Centro Nacional de Operaciones de Emergencia para la Erradicación de la Poliomielitis, dijo que esta campaña de vacunación está dirigida particularmente a distritos donde se ha detectado el virus y donde el riesgo de transmisión y propagación continuas es realmente alto.

“Estamos intensificando los esfuerzos para que todos los niños reciban vacunas contra la poliomielitis, incluso en Islamabad. Tenemos la responsabilidad colectiva de proteger la salud y el bienestar de nuestros niños frente a enfermedades paralizantes como la poliomielitis”.

Reiteró que lamentablemente los padres no siempre han recibido con agrado y abierto las puertas a los vacunadores cuando visitan sus hogares. “Animo a todos los padres y cuidadores a que se aseguren de que sus hijos no se queden fuera de la lista cuando los vacunadores visiten su casa la próxima semana”.

Este es el decimoséptimo caso de poliomielitis del año en Pakistán. Anteriormente, se habían notificado 12 casos en Baluchistán, tres en Sindh y uno en Punjab.

La poliomielitis es una enfermedad altamente infecciosa causada por un virus que afecta principalmente a niños menores de cinco años. Invade el sistema nervioso y puede causar parálisis o incluso la muerte. Si bien no existe cura para la poliomielitis, la vacunación es la forma más eficaz de proteger a los niños de esta enfermedad paralizante. Cada vez que se vacuna a un niño menor de cinco años, aumenta su protección contra el virus. Las inmunizaciones repetidas han protegido a millones de niños de la poliomielitis, lo que ha permitido que casi todos los países del mundo estén libres de poliomielitis. Pakistán y Afganistán son los únicos dos países en los que la poliomielitis es aún endémica.

Desde septiembre de 2023 está activo un brote de cólera en Tanzania. En 2024, hasta el 5 de agosto, se notificó un total de 3.920 casos y 66 muertes (tasa de letalidad de 1,7%) en 21 regiones: Mara, Kigoma, Kagera, Singida, Simiyu, Shinyanga, Tabora, Ruvuma, Mwanza, Geita, Rukwa, Dodoma, Manyara, Morogoro, Katavi, Pwani, Mtwara, Tanga, Lindi, Dar es Salaam y Songwe.

La región de Simiyu ha contribuido con el mayor número de casos, 843 (21,0%), seguida de Mwanza, 788 (11,0%), lo que en conjunto representa 42,0% de todos los casos. De manera similar, la mayoría de las muertes (38 muertes; 58%) se registraron en Simiyu (17), Kagera (8), Kigoma (7) y Shinyanga (6).

Al 5 de agosto de 2024, el brote había sido declarado terminado en más de la mitad (12) de las regiones afectadas, incluidas Mtwara, Katavi, Pwani, Geita, Dodoma, Kagera, Ruvuma, Tanga, Rukwa, Shinyanga, Singida y Dar es Salaam.

La región de Songwe, que no había notificado casos desde el comienzo del brote, comenzó a notificar casos en las últimas SE (51 casos, sin muertes, al 5 de agosto). De los casos notificados en las regiones actualmente activas, 55,9 % (376 casos) son mujeres y 37,7 % (254 casos) tienen entre 15 y 49 años.

Acciones de salud pública

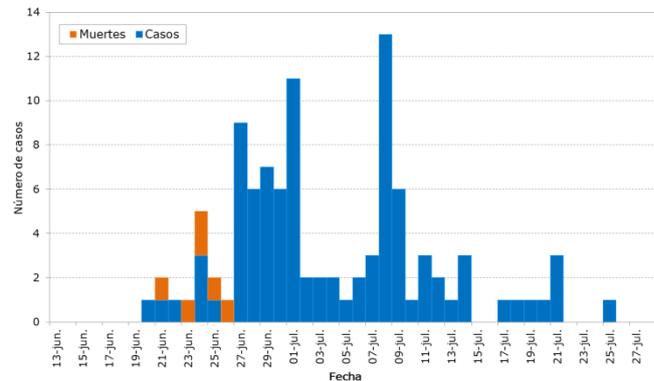
Continúan celebrándose reuniones de coordinación de los diferentes pilares de respuesta a nivel nacional y subnacional, y se están desplegando equipos de respuesta rápida en las zonas afectadas.

Se siguen reforzando las intervenciones de respuesta en los puntos de ingreso, incluido el control periódico de los viajeros que ingresan y egresan, y pruebas de calidad del agua en los puntos de ingreso en las regiones afectadas por el cólera y en las regiones limítrofes con los países afectados por el cólera para controlar el cloro residual en los puntos de agua.

El Laboratorio Nacional de Salud Pública está proporcionando kits de análisis a las regiones.

Continúa el despliegue de equipos de manejo de casos en las áreas recientemente afectadas de la región de Songwe.

En las últimas semanas, se ha llevado a cabo una amplia campaña de sensibilización en la región de Kigoma para sensibilizar a las comunidades sobre las medidas de prevención y control del cólera. En la región de Songwe, se celebraron dos reuniones comunitarias en el área de Chang'ombe y en la aldea de Isale, y sus habitantes recibieron educación sanitaria, incluida la importancia de utilizar agua limpia y segura.



Tendencia diaria de casos y muertes por cólera. Región de Kigoma, Tanzania. Del 13 de junio al 28 de julio de 2024. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Se visitaron 16 iglesias y 3.188 hogares y se distribuyeron 122 carteles con el objetivo de brindar educación sanitaria sobre medidas de prevención del cólera en la región de Manyara.

En las regiones afectadas se están llevando a cabo inspecciones de agua, saneamiento e higiene (WASH) para evaluar el cumplimiento en los hogares de las normas de saneamiento ambiental e higiene, así como actividades de cloración del agua y distribución de tabletas potabilizadoras (Aquatabs).

Se visitaron 198 hogares para realizar inspecciones de WASH, se distribuyeron 3.920 tabletas de agua en el distrito de Lukobe y se trataron 12 pozos poco profundos en la región de Morogoro. Se realizaron inspecciones de WASH en 454 hogares y se emitieron 22 avisos a quienes no cumplían con las normas de saneamiento ambiental y salud, y se trataron con cloro 36 pozos urbanos en la región de Lindi.

Interpretación de la situación

La respuesta al brote de cólera en Tanzania continúa, con esfuerzos notables a nivel nacional y subnacional para controlar los brotes. Sin embargo, muchos desafíos siguen obstaculizando las intervenciones, incluidos los fondos limitados para la respuesta, la cantidad inadecuada de vehículos para facilitar las actividades de vigilancia, la cantidad insuficiente de instalaciones WASH a nivel doméstico y público, la falta de testers de piscinas para el monitoreo diario del cloro residual en los puntos de ingreso, las ideas erróneas sobre el uso de las pastillas potabilizadoras. Es necesario que las autoridades nacionales y los socios fortalezcan los esfuerzos de movilización de recursos y refuercen la implementación de actividades de respuesta para limitar la propagación de la enfermedad.

El 7 de septiembre de 2024, el Centro Médico de Distrito de Xuân Lộc informó que una mujer de 44 años, que vivía en la comuna de Xuân Hưng, murió a causa del virus de la rabia.

Hace tres meses, esta mujer y su marido adoptaron un perro. A fines de mayo, al ver que el animal se veía enfermo, la pareja intentó medicarlo y ambos fueron mordidos por el perro. Aunque fue a una clínica cercana a su casa para tratar la herida, no la vacunaron contra la rabia. Pocos días después, el perro murió.

El 29 de agosto, la mujer comenzó a presentar síntomas de fiebre alta, hidrofobia, anemofobia, dolor de cabeza y cansancio, por lo que sus familiares la llevaron al servicio de urgencias del Centro Médico de Distrito de Xuân Lộc, siendo posteriormente trasladada al Hospital para Enfermedades Tropicales (HCMC) para su tratamiento.

El 30 de agosto la paciente falleció a causa de la infección por el virus de la rabia. En cuanto a su marido, el personal del Centro Médico de Distrito lo derivó a un establecimiento de mayor complejidad para ser tratado y vacunado con el suero antirrábico.

No hay ninguna indicación en esta noticia sobre los detalles retrospectivos de un incidente que podría haberse evitado si se hubiera instituido la profilaxis posterior a la exposición (PEP) a la rabia cuando la pareja buscó el tratamiento de su herida en “una clínica cercana”.

Es posible que el personal de la clínica no supiera la causa de la herida (mordedura de perro) y proporcionara PEP además del tratamiento de la herida (a menos que la pareja se negara) o los derivara a un centro de salud con prevención de la rabia disponible en caso de que la vacuna antirrábica no estuviera disponible en la clínica.

Sin embargo, se podría argumentar que el personal de la clínica no estaba al tanto de la causa de la herida o estaba demasiado ocupado para preguntar por la causa o que la pareja no reveló la mordedura de su perro u otro escenario plausible es que estaban seguros de que el perro estaba inmunizado contra la rabia.

La conciencia de los miembros de la comunidad sobre la gravedad de la rabia es clave para su control, ya que esto los motivará a obtener la PEP. Por ejemplo, si la clínica no ofrecía la profilaxis postexposición adecuada y derivaba a los pacientes a instalaciones adecuadas, es posible que otros compromisos familiares hayan impedido su acceso a los servicios disponibles para salvarles la vida.

Para que todo el mundo salga ganando, es necesario combinar el amor a los perros con la vacunación adecuada para cumplir con la tenencia responsable y con la propia salud, buscando siempre la atención médica adecuada en el centro de salud más cercano.

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 reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.