

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las arbovirosis (excepto dengue)
- Buenos Aires: Brote de triquinelosis en Pérez Millán

AMÉRICA

- Estados Unidos: La disminución de las poblaciones de murciélagos impulsó la mortalidad infantil
- Estados Unidos: En 2022, la sífilis alcanzó los niveles más altos en 72 años

- Honduras: Alerta epidemiológica tras una muerte humana por rabia

- Nicaragua: Registraron los primeros casos humanos de miasis por *Cochliomyia hominivorax*

EL MUNDO

- India: Los casos de fiebre zika en Pune llegan a 100 y se reportan cinco muertes
- Madagascar: Reportaron en Ambositra dos muertes con sospecha de peste

- Marruecos: Primer caso de infección por el clado Ib del virus de la mpox en el norte de África

- Nigeria: Ya son 168 las muertes por fiebre hemorrágica de Lassa en lo que va del año

- Reino Unido: El mayor brote de sarampión en más de una década

- Suecia: Brote de salmonelosis de origen desconocido

- La OMS precalificó la primera vacuna contra la mpox

- Los microbios patógenos pueden viajar a miles de kilómetros de distancia por la atmósfera

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.

Argentina

BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
NACIONAL

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ARBOVIROSIS (EXCEPTO DENGUE)

08/09/2024

Provincia/Región	Fiebre chikungunya			Fiebre zika			Fiebre de Oropouche			Encefalitis de Saint Louis			Fiebre amarilla			
	C	S	D	C	S	D	C	S	D	C	S	D	C	S	D	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	–	–	2	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Buenos Aires	–	1	–	–	1	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–
Córdoba	–	2	–	–	–	1	–	–	–	–	13	2	–	–	–	–
Entre Ríos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1	–	–
Santa Fe	–	4	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Centro	–	7	3	–	2	2	–	–	–	–	18	2	–	1	–	–
San Juan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–
Cuyo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–
Chaco	–	2	6	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noreste Argentino	–	2	6	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Catamarca	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jujuy	–	2	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Salta	–	3	6	–	1	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santiago del Estero	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tucumán	–	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–
Noroeste Argentino	–	6	7	–	1	6	–	5	–	–	–	–	–	–	–	–
Total Argentina	–	15	16	–	4	8	–	5	–	–	19	2	–	1	–	–

Casos de arbovirosis, según clasificación epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 a 35 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de Argentina.

Nota: C=confirmado; S=sospechoso; D=descartado.

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue; durante el año 2024 se han investigado hasta el momento 1.071 casos, sin resultados positivos.

La Municipalidad de Ramallo emitió una alerta alimentaria, por la existencia de un brote de triquinosis en la localidad de Pérez Millán. La misma se originó en una faena clandestina y luego venta domiciliaria. Desde el municipio recomendaron a la población no consumir chacinados o productos de origen porcino de procedencia dudosa que no cuenten con rótulo reglamentario que identifique su origen.



La sospecha trascendió por casos confirmados luego de consumir chacinados elaborados en la localidad de Pérez Millán. En principio se apuntaba a una carnicería de San Pedro, aunque luego se descubrió que la procedencia era de Pérez Millán, partido de Ramallo, donde se registraron también cuatro casos positivos. A raíz de los síntomas de los pacientes, se realizaron distintos análisis.

Según manifestó el Dr. Martín Gil Miranda, director del Hospital Municipal 'José María Gómendio' de Ramallo, "los casos confirmados son en nuestro distrito, todos de Pérez Millán. Todos tienen en común haber comprado chacinados en forma clandestina en un domicilio" de la mencionada localidad.

Por su parte, desde el área de Bromatología de la Municipalidad de Ramallo, alertaron a todo aquel que compró chacinados de cualquier tipo, que no posean rótulo reglamentario deben abstenerse de consumirlos y acercarlos a la jefatura de Bromatología de Ramallo o a la Delegación de Pérez Millán para poder realizar su correspondiente análisis.

En caso de haber adquirido o consumido estos productos y presentar síntomas tales como fiebre, diarrea, dolor muscular, dolor e hinchazón alrededor de los ojos, sudoración profusa, escalofríos, debilidad y cansancio debe hacer de inmediato una consulta médica.

En 2006, los murciélagos de New England comenzaron a morir en masa a causa de una misteriosa e incurable enfermedad fúngica llamada [síndrome de la nariz blanca](#). Durante la década siguiente, sus poblaciones se desplomaron y los seres humanos que vivían cerca sufrieron las consecuencias, según un reciente [estudio](#).



Con menos depredadores, la cantidad de insectos aumentó, lo que llevó a los agricultores a rociar aproximadamente 31% más de pesticidas. Al mismo tiempo, la mortalidad infantil en los condados aumentó 8%. Los autores vinculan esas muertes al aumento en el uso de insecticidas, que se sabe que son peligrosos, especialmente para los fetos y los bebés.

Ese vínculo es una “afirmación bastante dramática que recibirá mucha atención”, dijo Paul Ferraro, un científico de sustentabilidad de la Universidad Johns Hopkins que no participó en la investigación. “Este estudio es la prueba más convincente hasta la fecha que vincula los impactos económicos y de salud con las dramáticas pérdidas de una especie silvestre”.

Es bueno tener murciélagos cerca de una granja, ya que proporcionan un control gratuito de plagas y algunas especies consumen 40% de su peso corporal cada noche en insectos. El valor de este servicio se ha [estimado](#) entre 4.000 y 53.000 millones de dólares al año. Por lo tanto, “es lógico suponer que los agricultores podrían compensar la pérdida de murciélagos rociando más insecticidas”, dijo Winifred Frick, científica jefa de Bat Conservation International. Sin embargo, presentar argumentos sólidos para sustentar esa suposición no es fácil.

Eyal Frank, economista de la Universidad de Chicago, se dio cuenta de que la disminución de las poblaciones de murciélagos debido al síndrome de la nariz blanca representaba una especie de experimento natural. Como la enfermedad apareció de repente y se propagó rápidamente, se pudieron comparar los resultados en los condados donde las poblaciones de murciélagos se desplomaron con los de los condados similares que aún no habían sido afectados.

Se descubrió que, durante el primer año posterior a que una zona fuera afectada por la enfermedad, los agricultores tendían a rociar un kilogramo adicional de insecticida por kilómetro cuadrado. Después de cinco años, rociaban 2 kilogramos más que antes, un aumento de 31% en promedio. Al mismo tiempo, las dosis de fungicidas y herbicidas no aumentaron, lo

que sugiere que la necesidad de un control más intensivo de los insectos impulsó el cambio de insecticida.

También se analizó la mortalidad infantil en todos los condados. En los lugares donde las poblaciones de murciélagos habían disminuido, las muertes por accidentes u homicidios se mantuvieron sin cambios. Pero otras muertes, como las causadas por enfermedades o defectos de nacimiento, aumentaron 8%. En los condados con poblaciones saludables de murciélagos, las cifras no cambiaron en un sentido u otro.



Grupo de murciélagos marrones chicos (*Myotis lucifugus*) afectados por el síndrome de la nariz blanca.

Varias líneas de evidencia vinculan los pesticidas y otros agroquímicos con riesgos para la salud humana. Aunque los reguladores gubernamentales evalúan los peligros potenciales de estos compuestos antes de aprobarlos –y establecen pautas de seguridad para su uso–, los trabajadores agrícolas y los transeúntes aún pueden verse expuestos cuando estos compuestos se alejan de una granja o terminan en las aguas subterráneas. Los estudios epidemiológicos han vinculado ciertos compuestos con problemas de desarrollo en bebés y niños, por ejemplo. Los insecticidas, que a menudo son neurotóxicos, suelen ser motivo de especial preocupación.

“El aumento de muertes es enorme”, dijo Tracey Woodruff, científica de salud ambiental de la Universidad de California en San Francisco. “La conexión es plausible y preocupante”, dijo. En un estudio anterior, encontró un aumento en la mortalidad infantil de magnitud similar debido al empeoramiento de la contaminación del aire. Pero un hecho desconcertante sobre el nuevo estudio es que otros aspectos de la salud infantil, como el peso al nacer, no se correlacionaron con la disminución de murciélagos.

“Otros factores de confusión podrían haber contribuido al aumento de la mortalidad”, señaló Ferraro. “No cambiaría la política pública basándome en este único estudio”.

Frick dijo que hay señales de que algunas poblaciones de murciélagos están empezando a recuperarse, pero que podrían pasar décadas hasta que vuelvan a ser tan abundantes como antes. Su organización está tratando de ayudar instalando luces para atraer más insectos a los sitios de hibernación invernal y asegurarse de que los murciélagos coman hasta saciarse. Otros conservacionistas están experimentando con el cambio de la ventilación de minas abandonadas para que su temperatura sea más favorable para los murciélagos que descansan allí.

Mientras tanto, el hongo que causa el síndrome de la nariz blanca continúa propagándose en el oeste de Estados Unidos, incluida California, una importante región agrícola.

El agente etiológico del síndrome de la nariz blanca en murciélagos es *Pseudogymnoascus destructans*, un hongo psicrófilo que causa una enfermedad fúngica mortal que ha devastado las poblaciones de murciélagos en el Hemisferio Norte, particularmente en América del Norte. El primer informe de *P. destructans* fue en América del Norte en una fotografía de un murciélago hibernando tomada en el invierno de 2005-2006 en un hibernáculo cerca de Albany, New York. En esta locación, la especie afectada, el murciélago pardo chico (*Myotis lucifugus*), fue la primera en infectarse y experimentó una alta mortalidad, lo que resultó en disminuciones de la población de 90-100% en cuevas. Posteriormente, este hongo fue aislado de la piel de la nariz y del ala de *Myotis lucifugus* y *Myotis septentrionalis*.

Desde allí, y durante los años posteriores, se extendió a otras regiones de América del Norte y ha matado a millones de murciélagos, amenazando a algunas especies con la extinción. Aunque millones de murciélagos han muerto en América del Norte, no se ha observado una mortalidad masiva entre los murciélagos europeos infectados por el hongo, que no se transmite a los humanos.

P. destructans está presente en 19 países europeos. También se ha detectado en China. En América del Norte, su distribución geográfica continúa aumentando, y actualmente se distribuye en 38 estados de Estados Unidos y cinco provincias canadienses.

Se ha planteado la hipótesis de que estos hongos se introdujeron en América del Norte desde Europa o Asia, donde son nativos. La vía de introducción aún se desconoce, pero la propagación posterior por toda América del Norte probablemente se produjo debido al movimiento natural de los murciélagos, el contacto con sustratos contaminados y ropa/equipamiento humano (en particular, equipamiento de espeleología, y organismos hospedadores/vectores).

En América del Norte, *P. destructans* se ha descrito en once especies de murciélagos; en Europa, se ha observado en 13 especies. En China se lo ha registrado en nueve especies.

P. destructans es un hongo psicrófilo que crece a temperaturas de 4°C a 20°C, las mismas de los ambientes en que se encuentran los murciélagos hibernantes.

La transmisión comienza durante el otoño y alcanza su pico máximo durante los meses de invierno. Durante el verano, los hongos desaparecen de los animales supervivientes y la prevalencia durante estos meses es casi nula. Sin embargo, el hongo puede seguir estando presente, ya que tiene la capacidad de persistir en los sedimentos de las cuevas, incluso en ausencia de murciélagos, y en la piel de los murciélagos que utilizan sitios subterráneos contaminados para su letargo diario.

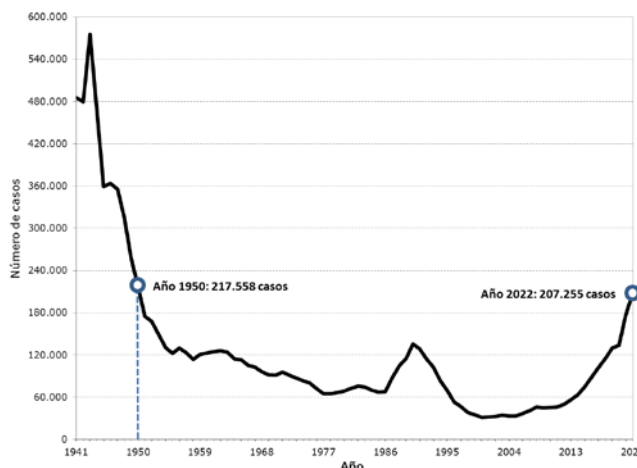
Afecta casi exclusivamente a los murciélagos hibernantes. Las señales clínicas macroscópicas incluyen crecimiento fúngico con un diámetro de 1 a 3 mm y focos blancos multifocales a coalescentes con un centro negro puntiforme en las orejas, la nariz y las membranas de las alas de los quirópteros hibernantes. En las alas, también es posible observar áreas de despigmentación, hendidura y sequedad del patagio. Los animales infectados también presentan alteraciones del comportamiento, como salida prematura de la hibernación durante el período invernal. Otras alteraciones sistémicas que pueden estar presentes son el aumento de la pérdida de agua por evaporación a través de la piel dañada, hipovolemia, hipercalemia, acidosis y deshidratación hipotónica. Aunque la mortalidad es muy alta, algunos animales pueden sobrevivir y recuperarse del daño.



Era la primavera de 2023 y la Dra. Irene Stafford había sido llamada a urgencias para lo que debería haber sido un parto de rutina.

Pero Stafford, médica materno-fetal del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston, se dio cuenta rápidamente de que algo no iba bien: no podía encontrar el latido del corazón. El bebé nonato ya había muerto en el útero.

Poco después, la prueba de sífilis de la madre, que se realiza a todas las mujeres antes del parto, dio positivo. La infección se había transmitido sigilosamente de madre a hijo.



Casos anuales de sífilis. Estados Unidos. Años 1941/2022. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Los casos reportados en 2022 son los más altos desde 1950.

“Es una muerte que podría haberse evitado con una detección temprana y una inyección de penicilina”, dijo Stafford.

La sífilis, una infección de transmisión sexual (ITS), fue casi eliminada en Estados Unidos a principios del siglo XXI, pero ha vuelto a aparecer de forma espectacular. En 2022, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informaron 207.255 casos de sífilis, la cifra más alta desde 1950, cuando se registraron 217.558 casos. La sífilis congénita también se ha multiplicado por diez en la última década, según los CDC, aunque 90% de los casos son totalmente prevenibles.

Según los expertos, el regreso de la sífilis es el resultado de los programas de prevención mal financiados de las últimas dos décadas y de las dificultades para diagnosticarla; se la conoce como “la gran simuladora” porque sus síntomas pueden variar mucho. La mayoría de las personas no presentan síntomas ni saben que están infectadas, e incluso si visitan el consultorio del médico, no hay garantía de que reciban un diagnóstico correcto.

Stafford dijo que su paciente no tenía los recursos para buscar atención prenatal y que ningún médico ni trabajador de salud pública le había dicho nunca que debía hacerse la prueba de sífilis. “Por eso, cuando la paciente notó un pequeño sarpullido en su vientre, no le dio demasiada importancia”, añadió Stafford.

“Hay mucha gente que se atiende en consultorios privados, salas de emergencias de hospitales o centros de atención sin cita previa, y esos médicos no necesariamente piensan en la sífilis ni necesariamente obtienen una historia sexual”, dijo el Dr. Kenneth Mayer, médico especialista en enfermedades infecciosas y director de investigación médica del Instituto Fenway en Boston. Con una generación de médicos que vieron pocos casos de sífilis, si es que vieron alguno, Mayer dijo que “el problema es que no se realizan pruebas, en primer lugar”.

La naturaleza omnipresente de la pandemia de covid añadió más leña al fuego, ya que los departamentos de salud pública redirigieron los recursos para las ITS hacia la lucha contra el coronavirus.

”Las soluciones para controlar la sífilis son relativamente sencillas. No estamos hablando de métodos de alta tecnología ni de una terapia novedosa”, dijo el Dr. Dave Chokshi, presidente de la Common Health Coalition y ex Comisionado de Salud de la Ciudad de New York. “Simplemente se trata de cerrar las brechas en las pruebas y el tratamiento”.

A medida que aumentan los casos de sífilis, los médicos y los funcionarios de salud pública están comenzando a desarrollar estrategias innovadoras y a veces poco convencionales para detectar la sífilis en las personas y frenar la propagación de la enfermedad.

La mayoría de las veces, eso se reduce a descubrir cómo lograr que la gente se haga la prueba, una tarea que es mucho más fácil de decir que de hacer.



En Ohio, la aparición de carteles llamativos provocó un aumento de las citas para la sífilis y una caída de los casos.

Difundiendo información sobre la sífilis

Algunos departamentos de salud pública han lanzado llamativas campañas de concientización, tratando de generar alarma tanto entre el público como entre los proveedores de atención médica.

Hace unos años, Donna Fox, gerente de VIH e ITS en el Departamento de Salud del Condado de Toledo-Lucas en Ohio, notó que aproximadamente una quinta parte de los casos de sífilis en el área se daban entre personas que informaron haber pagado por sexo.

Entonces, tratando de ser proactivos (y un poco provocativos), Fox y su equipo colocaron carteles en todo el condado en 2022 que decían: “¿Pagas por sexo? ¡Hazte la prueba!”.

“Tuvimos que ser audaces y llegar al punto”, dijo. La reacción fue inevitable – “quizás tengas que explicarle algo a tu hijo de 10 años que sabe leer”, admitió Fox–, pero el impacto fue medible. “De 2021 a 2022, el número de citas para sífilis programadas a través del departamento de salud del condado aumentó casi 50% y los casos de sífilis disminuyeron 12%”, dijo.

Por supuesto, la sífilis no se propaga sólo entre las trabajadoras sexuales, por lo que el año pasado el equipo de Fox amplió la campaña, manteniendo el mismo aspecto pero en su lugar diciendo “La sífilis es grave” con “¡Se propaga localmente!” superpuesto en el costado.

Otras campañas publicitarias en todo el país han mostrado ojos gigantes inyectados en sangre e infectados con las palabras borrosas “La sífilis ocular es grave” y una silueta de una mujer embarazada con el vientre rojo que dice “La sífilis puede ser fatal para tu bebé”. Si bien estos carteles son ciertos, Mayer describe cómo este tipo de campaña basada en el miedo, o “marco de pérdida”, atrae mucha atención pero puede no ser particularmente eficaz para motivar cambios de comportamiento en relación con las ITS.

“No le estamos diciendo a nadie que no tenga relaciones sexuales. Le estamos diciendo a la gente que tenga relaciones sexuales seguras y que se haga la prueba después”, dijo Fox.

El mensaje de positividad sexual no es sólo para el público. El Departamento de Salud de Toledo-Lucas también lanzó una campaña educativa para los médicos, recordándoles que deben conocer la historia sexual de todos los pacientes (ya que el condado detectó sífilis en personas de entre 15 y 72 años el año pasado) y solicitar un análisis de sangre si sospechan una ITS, ya que la prueba estándar de “orina en un recipiente” no puede detectar la sífilis.

“Muchos médicos no han visto casos de sífilis y tienen un millón de cosas que aprender. Si no hablamos con los médicos, no vamos a poder realizar las pruebas que necesitamos”, dijo Fox.

Stafford, la médica de medicina materno-fetal de Houston, adoptó un enfoque más práctico. Texas exige que las mujeres embarazadas se hagan pruebas de sífilis en tres momentos: durante su primera visita prenatal, alrededor de la semana 28 y antes del



parto, pero en realidad, estas pruebas a menudo se pasan por alto. Por eso, el año pasado, Stafford lanzó una alerta en los registros médicos electrónicos de UTHealth, instando a los proveedores a realizar pruebas de sífilis a sus pacientes embarazadas en cada uno de los momentos prescritos. El simple ajuste ayudó a aumentar las tasas de detección de 2% a 47% en los tres momentos, al tiempo que redujo los casos de sífilis congénita a la mitad.

Chokshi ve esto como otro buen ejemplo de cómo los sistemas de salud pública y de atención médica trabajan de la mano, donde el primero “establece los parámetros de cómo debería ser el estándar de atención” y los hospitales lo hacen realidad.

Hacer que la prueba de la sífilis sea conveniente

“Además de una mayor concientización, el acceso a las pruebas y al tratamiento debe ser rápido, fácil y conveniente”, dijo Chokshi.

Las Naciones Indígenas han sido pioneras en este aspecto, en parte por necesidad: los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen las tasas de sífilis más altas de todos los grupos raciales o étnicos, casi siete veces más altas que las de los blancos.

Como tal, “las tribus de todo Estados Unidos han recurrido a incentivos, dando a las personas tarjetas de regalo de \$10 si acuden a hacerse pruebas o tratamientos de ITS”, dijo Jessica Leston, fundadora de Raven Collective, una organización de salud pública indígena.

“Simplemente estamos ayudando a la gente a pagar la gasolina y el cuidado de los niños y a llevar comida a su mesa”, dijo Leston. En la farmacia del Hospital Indígena Cass Lake en la zona rural de Minnesota, la estrategia multiplicó por diez las pruebas de ITS, según un estudio, y más de 70% de los pacientes que se hicieron una prueba no tenían un proveedor de atención primaria.

En 2023, una coalición de comunidades tribales se asoció con la Facultad de Medicina Johns Hopkins para poner en marcha un programa llamado “I Want the Kit”, que envía por correo kits de pruebas de ITS para el hogar. Las pruebas vienen en sobres sin marcar con instrucciones sobre cómo recolectar una muestra y enviar la prueba. Los resultados están listos en una semana o dos y los pacientes son vinculados a recursos de atención médica si la prueba da positivo.

Incluso con estos programas, las pruebas de sífilis pueden quedar eclipsadas por preocupaciones más inmediatas.

En California, por ejemplo, la mitad de las mujeres embarazadas con sífilis informaron haber consumido metanfetamina y una cuarta parte no tenían hogar. “En el condado rural de Shasta, cerca de la frontera con Oregon, casi 100% de las mujeres embarazadas con sífilis también

tienen un trastorno por consumo de sustancias y 90% no tiene hogar”, dijo Trojan Carvajal, enfermera supervisora de salud pública en la unidad de ITS del condado.

En abril de 2023, el condado de Shasta [lanz](#)ó [la Clínica Móvil de Atención CommUNITY](#), una casa rodante equipada con un área de recepción y dos salas de examen, que brinda pruebas y tratamientos de ITS a los más vulnerables del condado, desde campamentos de personas sin hogar hasta espacios temporales con el centro comunitario LBGQT local.

Es importante destacar que no hay una marca de ITS en la propia clínica móvil, lo que permite que las personas se sientan más cómodas al ingresar para hacerse la prueba.

“El año pasado, un tercio de todas las pruebas de sífilis realizadas en el condado de Shasta se hicieron a través de la clínica móvil”, informó Jai Winchell, especialista en educación comunitaria del Departamento de Salud Pública del condado. “De lo contrario, es probable que estas personas nunca hubieran buscado servicios para la sífilis”, dijo Winchell, pero con esta clínica móvil que recorre el condado y llega a sus puertas, pueden hacerse la prueba y recibir tratamiento en solo 30 minutos.

Aprovechando los servicios para la sífilis

“La clínica móvil del condado de Shasta también ofrece otros servicios, como [tiras reactivas para drogas letales como el fentanilo](#) y la xilacina, naloxona para revertir las sobredosis y derivaciones a consejeros de adicciones, así como agua, bocado y kits dentales”, dijo Winchell. La idea es abordar las preocupaciones superpuestas en conjunto, al tiempo que atraer a aquellos que no habrían considerado hacerse pruebas de ITS, si no fuera por el paquete.

“Este enfoque también ayuda a generar confianza”, dijo la Dra. Arlene Seña, médica de enfermedades infecciosas de la Universidad de North Carolina en Chapel Hill, mostrando cómo el personal de la clínica móvil se interesa por alguien como una persona con diversas necesidades, en lugar de un problema singular que debe resolverse. “Puede ser más costoso, pero también es mucho, mucho más efectivo y útil para la comunidad”, dijo Seña.

Los servicios de sífilis también pueden integrarse con los servicios generales de atención médica. En marzo, Stafford lanzó un [programa de pruebas rápidas](#) en dos hospitales de Houston dirigido a todas las mujeres embarazadas ingresadas en el departamento de emergencias. El programa, llamado Preg-Out, se estableció con la opción de no participar, de modo que todas las mujeres se hacían la prueba a menos que se negaran. La prueba duraba unos 15 minutos y se ofrecía atención prenatal a las mujeres independientemente del resultado.

“Hemos observado que las pacientes embarazadas, especialmente aquellas que acaban teniendo un hijo con sífilis congénita, suelen acudir al servicio de urgencias y no se hacen la prueba”, afirmó Stafford. En el programa piloto de tres meses, Stafford afirmó que las tasas de realización de pruebas a mujeres embarazadas se multiplicaron por doce, y que aproximadamente 35% de sus parejas también querían hacerse la prueba.

Otros hospitales han implementado programas de detección voluntaria para todos los pacientes, incluido el [Grady Memorial Hospital](#) en Atlanta en uno de sus centros de atención de urgencias y la [Universidad de Chicago](#) en su departamento de emergencias. “No todos los



En los eventos de salud tribales, los miembros del público pueden aprender sobre las pruebas de ITS.

hospitales tienen los recursos para realizar pruebas a todos”, dijo Seña, por lo que cree que priorizar a las pacientes embarazadas, como se hizo en Houston, puede ser un primer paso de alto impacto.

“No se puede confiar únicamente en los departamentos de salud pública para que se encarguen de la labor de reconocimiento y prevención de las ITS. Hay que trabajar en conjunto con otros proveedores de la comunidad”, afirmó.



La clínica de atención móvil del condado de Shasta lleva pruebas y tratamientos a campamentos de personas sin hogar y centros comunitarios.

El futuro por delante

Estados Unidos ya había logrado reducir las tasas de sífilis antes, pero eso fue en la década de 1990, cuando el VIH estaba causando estragos en el país.

“Lo que cambió el comportamiento en aquel entonces fue la aparición de enfermedades letales y difíciles de tratar. Ahora tenemos una generación de personas que pueden estar menos informadas, lo que lleva a tasas más bajas de uso de preservativos y de detección de ITS”, dijo Mayer, de Fenway Health.

Sin embargo, también es una época de innovación. En junio, los CDC recomendaron la profilaxis posterior a la exposición con doxiciclina para los grupos de alto riesgo: básicamente, una píldora del día después para las ITS. Si se toma dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin condón, la llamada DoxyPEP reduce las tasas de sífilis en más de 70%, y Fenway Health, donde la mitad de los pacientes son LGBTQ, ya ha comenzado a aumentar la distribución, dijo Mayer. Mientras tanto, otros investigadores como Seña han estado trabajando en el desarrollo de una vacuna contra la sífilis, pero eso probablemente sea dentro de varios años.

“Nuestra tarea ahora es detener el aumento de casos”, dijo Chokshi, de la Common Health Coalition, y se muestra optimista de que estas innovadoras campañas de concientización, pruebas y tratamiento puedan lograrlo. Pero para frenar de manera permanente la curva de la sífilis será necesario ampliar estos esfuerzos a nivel nacional y promover una mayor coordinación entre la atención médica y la salud pública.

“No hay razón para que el objetivo final no sea, una vez más, tratar de eliminar la sífilis, este flagelo histórico que es completamente prevenible y tratable”, dijo Chokshi.

La Secretaría de Salud emitió una nueva alerta epidemiológica tras la muerte por rabia de una niña de 4 años, originaria de la aldea de El Chaguite, en Santa Cruz de Minas, en Quimistán, Santa Bárbara, en la zona occidente de Honduras.

El fallecimiento alertó a las autoridades sanitarias del país, dado que el último caso de muerte por esta enfermedad había sido reportado el 21 de mayo de 2024 en Ocotepeque.

La menor fue mordida por un murciélago en el rostro el 7 de septiembre; sin embargo, sus familiares procuraron atención médica recién el 10 de septiembre.

La menor fue internada en el Hospital Nacional 'Dr. Mario Catarino Rivas', presentando síntomas como fiebre, dificultad respiratoria, dolor de cabeza e inflamación nasal. Finalmente, falleció el 11 de septiembre. Al día siguiente, la Unidad de Vigilancia de la Salud tomó muestras *post mortem* para confirmar el diagnóstico.

La Región de Salud de Santa Bárbara dio seguimiento al caso, realizando la visita domiciliaria en conjunto con la Policía Nacional, el Ministerio Público, la Dirección de Investigación Policial, personal del establecimiento de salud del municipio, voluntarios de la comunidad y familiares de la niña fallecida, para realizar una investigación más profunda.

En respuesta a este caso, la Secretaría de Salud exhortó a las regiones sanitarias del país, especialmente a las de Santa Bárbara, Ocotepeque y Copán, a intensificar las acciones de vigilancia y prevención.

Se hizo un especial llamado a aquellas zonas con baja cobertura de vacunación de perros y gatos –inferiores a 80%– y con alta presencia de murciélagos, como las áreas fronterizas de El Poy y Agua Caliente en Ocotepeque.

Al menos dos casos humanos de miasis por el gusano barrenador (*Cochliomyia hominivorax*), junto con más de 2.500 en animales, han sido reportados por las autoridades en Nicaragua en lo que va de 2024, según confirmó Ricardo José Somarriba Reyes, director del Instituto Nicaragüense de Protección y Sanidad Agropecuaria (IPSA).

Datos de esa misma institución indican que la situación epidémica del gusano barrenador ha ido empeorando progresivamente en los últimos tres meses, pero sobre todo el último mes. Mientras que para mediados de agosto se reportaban 1.800 animales infectados, en poco menos de un mes el aumento fue de 700 animales adicionales infectados.

Tal situación se ha caracterizado por una comunicación deficiente de parte de las autoridades. En este caso, Somarriba Reyes no detalló el estado de los humanos infectados más allá de cómo fueron identificados. Según el funcionario, uno de los heridos presentaba “una heridita” en una nalga.

“Como estamos coordinados con el Ministerio de Salud, la atención fue inmediata; porque si se dejan pasar siete días la situación se agrava”, dijo Somarriba Reyes, quien a pesar del incremento acelerado de casos, consideró que la situación está bajo control de las autoridades.

Río San Juan, Rivas, Boaco, Carazo, Masaya, Granada, Managua, Matagalpa y la Región Autónoma de la Costa Caribe Sur son las principales zonas infectadas. La mayoría de los infectados reportados en agosto fueron bovinos (1.410), luego porcinos (249), equinos (106), caninos (59), así como un ave, 17 ovinos y 11 caprinos en agosto.

Ni Somarriba Reyes ni el IPSA desglosaron las cifras más recientes de contagio en animales.

El brote de esta plaga se inició este año en Costa Rica y Panamá, países que a la fecha ya cuentan con 5.926 y 15.785 casos en animales, respectivamente, tras más de 20 años de haber erradicado la plaga, según datos de la Comisión Panamá-Estados Unidos para la Erradicación y Prevención del Gusano Barrenador del Ganado (COPEG).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), sin embargo, apunta a que en Costa Rica pueden ser hasta 7.000 los contagios animales.

El Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA) de Costa Rica reportó por lo menos 28 casos y dos fallecimientos humanos a causa de la miasis por gusano barrenador. Las larvas de la mosca *Cochliomyia hominivorax* pueden afectar a todos los animales de sangre caliente, provocando lesiones graves, fallo de órganos y hasta la muerte en casos severos.

Síntomas habituales de la infección son las heridas abiertas con larvas visibles, hinchazón y enrojecimiento alrededor de la herida, así como dolor intenso, secreciones y mal olor en la zona afectada. El tratamiento usual es la extirpación de las larvas de manera quirúrgica con cuidados adicionales para prevenir la infección.



Pune continúa lidiando con un número cada vez mayor de casos de fiebre zika, ya que el número total de pacientes en la ciudad ya ha llegado a 100.

Resulta alarmante que 45 de estos pacientes sean mujeres embarazadas, lo que aumenta la preocupación por la vulnerabilidad de esta población. Además, se han notificado cinco muertes relacionadas con el virus Zika, todas ellas en personas mayores con problemas de salud preexistentes.

La zona más afectada en Pune es Dahanukar Colony, que ha registrado 20 casos, seguida de Erandwane, con 16. Otras áreas como Kharadi, Ghole Road, Pashan, Sukhsagarnagar, Mundhwa, Wanwadi y Koregaon Park también han registrado un número significativo de casos.

Las cinco muertes incluyen un hombre de 72 años de Kharadi, una mujer de 95 años de Pashan, un hombre de 78 años de Baner, un hombre de 68 años de Kothrud y un hombre de 76 años de Karvenagar.

Todas estas personas eran mayores y tenían comorbilidades, pero la causa exacta de sus muertes aún está bajo investigación. Sus informes médicos han sido enviados al Departamento de Salud del estado, donde un comité de revisión determinará la causa precisa de la muerte.

El Dr. Rajesh Dighe, subdirector de salud de la Corporación Municipal de Pune, proporcionó información actualizada sobre la situación y señaló que se están realizando esfuerzos para controlar la propagación del virus Zika. Mientras tanto, las autoridades sanitarias locales siguen vigilando de cerca las zonas afectadas.

Este reciente aumento de casos de fiebre zika se produce tras una serie de advertencias de las autoridades sanitarias, que habían previsto un posible brote. La ciudad se enfrenta ahora a una mayor presión para gestionar el brote, en particular a medida que aumenta el número de mujeres embarazadas afectadas por el virus.

El número de infecciones por el virus Zika en Pune y las zonas aledañas sigue aumentando de forma constante. Desde el 8 de agosto de 2024, el número total de casos confirmados en Pune aumentado de 73 a 100 casos. El número de mujeres embarazadas infectadas era de tres entonces, y ahora son 45. La noticia no menciona la aparición de efectos teratogénicos debido a fetos infectados por el virus Zika ni si existe un seguimiento continuo del desarrollo fetal.

Los viajeros deben tener en cuenta la alerta por el virus Zika en Maharashtra, especialmente en Pune, y evitar viajar allí o evitar las picaduras de mosquitos si van allí. Las mujeres embarazadas y sus parejas deben tener especial cuidado al viajar a localidades donde se esté produciendo una transmisión activa del virus Zika. El virus puede transmitirse sexualmente. Este virus puede atravesar la placenta y causar efectos teratogénicos graves o la muerte fetal.

En el distrito de Ambositra, dos hermanas murieron con sospecha de peste bubónica con pocas horas de diferencia en un pueblo de Ivato-Centre el fin de semana pasado. Una de ellas falleció el 7 de septiembre a las 22:00 horas y la otra el 8 de septiembre alrededor de la medianoche.

“Los resultados de las pruebas de diagnóstico rápido de peste que se les realizaron fueron positivos. Pero se deben esperar los resultados del análisis de las muestras enviadas al Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ de Madagascar para confirmarlo”, señaló el 10 de septiembre una fuente de Ivato-Centre. Sus cuerpos fueron enterrados en una fosa, fuera de la tumba familiar, según las medidas sanitarias en caso de peste. Esto es para evitar la propagación de la enfermedad en caso de que se reabra la tumba.



La madre de estas dos niñas fallecidas presentó los mismos síntomas de la enfermedad y fue internada en el centro hospitalario de referencia regional. “Su estado de salud evoluciona favorablemente”, indicó Haingo Elysette Fomendraza, parlamentaria de Ambositra. Se llevaron a cabo actividades de respuesta en la aldea y desde entonces no se han reportado nuevos casos.

Ambositra es un foco de peste. Allí se registran casos todos los años. Este distrito se está movilizando para prevenir una epidemia. “La remediación está en marcha. Se está generando conciencia en los medios”, agregó Haingo Elysette Fomendraza.

La peste bubónica, causada por la bacteria *Yersinia pestis*, ha estado relativamente tranquila en Madagascar desde el dramático brote de 2017, que se extendió a varios otros países de la zona.

Entre 1930 y 1990, la peste bubónica prácticamente había desaparecido de la isla gracias a un control eficaz de las plagas y a una buena gestión sanitaria. Sin embargo, desde 1990 se notifican más de 200 casos al año y la peste bubónica adquiere forma epidémica, especialmente en el puerto de Mahajanga, cada año. En la capital, Antananarivo, se notifican más casos cada año desde 1990. Madagascar –con 13 millones de habitantes– ha representado 45% de todos los casos de peste en África.

Las muertes relacionadas con la peste suelen deberse a la propagación del organismo desde el bubón (el ganglio linfático infectado muy doloroso que drena el área donde se produjo la picadura de la pulga) al torrente sanguíneo. La bacteriemia puede causar una coagulopatía, que produce la púrpura que se observa en la “peste negra”, y también puede extenderse a los pulmones, causando neumonía hemorrágica. Es la neumonía la que puede facilitar la transmisión de persona a persona. No todos los casos iniciales de neumonía por peste se presentan con una fase bubónica previa, y cuando la infección pulmonar se propaga de persona a persona, no hay una fase bubónica.

Marruecos registró un caso de infección por el clado Ib del virus de la mpox en la ciudad turística de Marrakech, el primero en el norte de África desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la emergencia de salud pública de importancia internacional en agosto, informaron el 13 de septiembre los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (África-CDC).

“Los África-CDC confirmaron el primer caso de mpox en el norte de África en 2024, registrado el 12 de septiembre por el Ministerio de Salud marroquí”, indicaron en un comunicado.

“El caso confirmado corresponde a un hombre de 32 años de Marrakech, actualmente estable y en aislamiento, y que está recibiendo tratamiento”, precisaron.

Según las autoridades marroquíes, se activó el protocolo de emergencia, “se desplegó un equipo de intervención rápida y comenzaron las investigaciones epidemiológicas y la búsqueda de contactos”.

Por su parte el Ministerio de Salud marroquí especificó que el paciente estaba recibiendo “la atención necesaria en un centro médico especializado en Marrakech y se encuentra en un estado de salud estable que no genera preocupación”.

Hasta el momento ninguna de las personas que estuvieron en contacto con el paciente presenta síntomas, según el ministerio.

El clado Ib, responsable del brote actual en África, es mortal en 3,6% de los casos y particularmente peligrosa para los niños, según la OMS.

El mpox es una enfermedad viral que se propaga de los animales a los humanos, pero también se transmite a través de contacto físico cercano. Provoca fiebre, dolores musculares y lesiones cutáneas.

Según los África-CDC, desde principios de año se reportaron 26.544 casos, de los cuales 5.732 fueron confirmados, y 724 muertes.

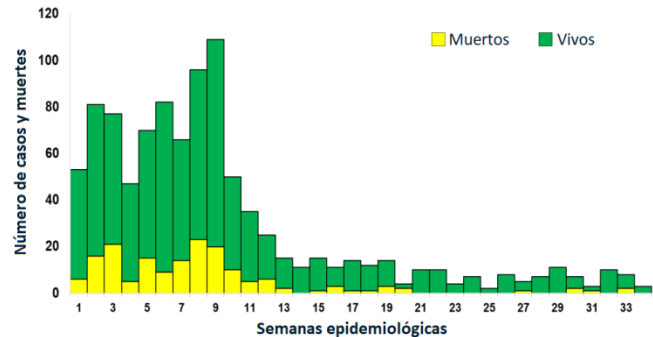
El primer caso registrado en Marruecos eleva a 15 el número de países africanos afectados por el brote, que por el momento se concentra principalmente en África Central.



YA SON 168 LAS MUERTES POR FIEBRE HEMORRÁGICA DE LASSA EN LO QUE VA DEL AÑO

25/08/2024

El Centro de Control de Enfermedades de Nigeria (NCDC) informó el 25 de agosto tres nuevos casos confirmados de fiebre hemorrágica de Lassa durante la semana epidemiológica 34, con lo que el total para 2024 es de 982 casos. La cifra de esta semana fue 62,5% inferior a la de la semana previa, que contabilizó ocho casos.



Casos confirmados y fallecidos por fiebre hemorrágica de Lassa. Nigeria. Año 2024, hasta semana epidemiológica 34. Fuente: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria.

No se informaron nuevas muertes entre los tres casos confirmados. El número de muertes por fiebre de Lassa en 2024 es de 168, con una tasa de letalidad de 17,1%. Esta tasa es levemente inferior a la registrada en el año 2023 para esta fecha, que fue de 17,2%.

Los tres nuevos casos de la semana fueron reportados en los estados de Edo, Bauchi y Taraba.

No se registraron nuevos casos en trabajadores de la salud en la semana epidemiológica 34. En lo que va del año, son 35 los trabajadores de la salud que se han visto afectados por la enfermedad, en 12 estados; los estados que más casos reportaron en trabajadores de la salud son Benue (8 casos), Ebonyi (7), Ondo (4), Bauchi (3), Kaduna (3) y Taraba (3).

En lo que va de 2024, han registrado casos confirmados 127 Áreas de Gobierno Local en 28 estados. Los que más casos han notificado son: Ondo (264 casos; 26,9% del total), Edo (224 casos; 22,8%), Bauchi (166 casos; 16,9%), Taraba (100 casos; 10,2%), Benue (63 casos; 6,4%), Ebonyi (45 casos; 4,6%), Kogi (33 casos; 3,4%), Kaduna (15 casos; 1,5%) y Plateau (13 casos; 1,3%).

El grupo etario más afectado es el de 31 a 40 años (rango: de 1 a 98 años; mediana de edad: 32 años). La razón de masculinidad entre los casos confirmados es de 1:1.

El número de casos sospechosos aumentó 12,6% respecto de los reportados en 2023, al pasar de 7.079 a 7.973.

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

El actual brote de fiebre hemorrágica de Lassa en Nigeria afecta durante 2024 a 28 de los 36 estados de la Federación. Los expertos opinan que pueden ser más los estados afectados, debido a deficiencias en los informes y, a veces, un bajo índice de sospecha en los trabajadores de la salud cuando los pacientes presentan síntomas inespecíficos. Alrededor de 80% de los casos de fiebre de Lassa presentan síntomas inespecíficos comunes a otras enfermedades febriles como la malaria. El 20% restante desarrolla síntomas severos que incluyen hemorragias por los orificios. Un alto índice de sospecha en los trabajadores de la salud y más laboratorios para diagnosticar infecciones proporcionará una mejor imagen de la carga de la fiebre de Lassa en Nigeria.

Las autoridades sanitarias están trabajando duro para frenar una alarmante ola de sarampión en toda Inglaterra, después de que se confirmara la muerte de un niño.

Ya se han registrado más de 2.000 casos en 2024: el brote más grande en más de una década.

Pero tan solo la mitad de los niños han recibido ambas dosis de la vacuna triple viral –contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola–, a la que se le atribuye haber salvado las vidas de decenas de miles de niños, en algunas partes de Londres.

También se observan niveles igualmente bajos en Liverpool, Manchester y Birmingham.

Se cree que el niño, que no ha sido identificado y tenía “otras condiciones médicas”, murió en el primer trimestre del año.

Las cifras de vigilancia de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) muestran que se han confirmado otros 78 casos en Inglaterra en los últimos quince días. Esto eleva el número total de casos en todo el país este año a 2.465. Los niños de 10 años o menos representan casi dos tercios (1.513) de estos.

Los funcionarios de salud dijeron que West Midlands sigue siendo el corazón del brote, con 358 casos centrados en el área de Birmingham en 2024.

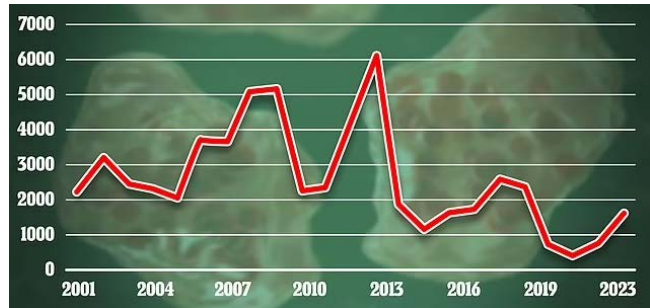
Le siguió Londres, registrando 172 en Lambeth y 145 en Wandsworth respectivamente este año.

Se ha instado a los padres a comprobar que sus hijos hayan recibido ambas dosis de la vacuna. Sin las dos dosis de la vacuna triple viral, advierten los expertos, corren el riesgo de enfermarse gravemente por el virus y de contagiar a otras personas.

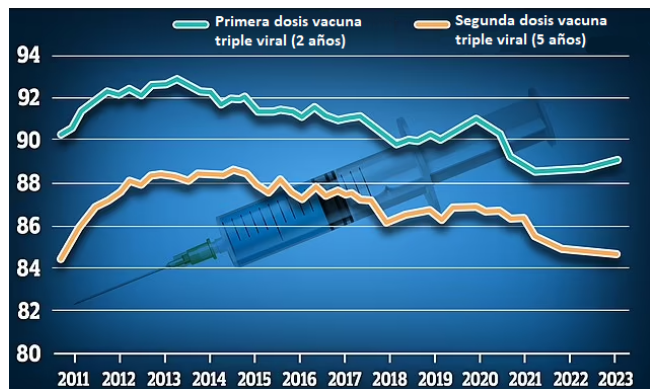
El sarampión, que produce síntomas parecidos a los de la influenza además del sarpullido característico, puede causar complicaciones de salud muy graves e incluso fatales si se propaga a los pulmones o al cerebro.

Se estima que uno de cada cinco niños infectados será hospitalizado y uno de cada 15 desarrollará complicaciones graves como meningitis o sepsis.

La Dra. Vanessa Saliba, epidemióloga consultora de la UKHSA, dijo: “El sarampión se puede prevenir con dos dosis de la vacuna triple viral, pero muchos miles de niños en todo el país



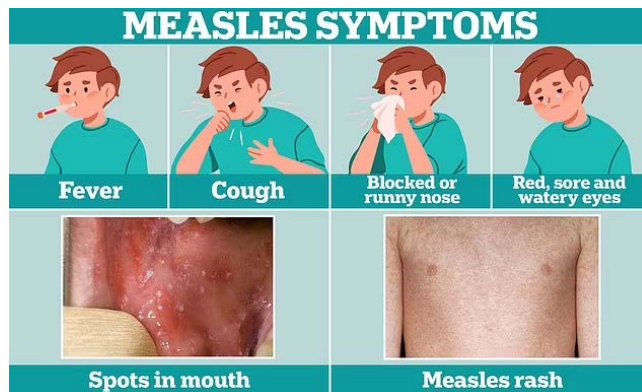
Los últimos datos de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) muestran que hubo 1.603 casos sospechosos de sarampión en Inglaterra y Gales en 2023. La cifra es más del doble de los 735 casos registrados en 2022 y un aumento de casi cinco veces en comparación con los 360 casos notificados en 2021.



En Inglaterra, 89,3% de los niños de dos años recibieron su primera dosis de la vacuna triple viral en el año hasta marzo de 2023, frente al 89,2% del año anterior. Mientras tanto, 88,7% de los niños de dos años recibieron ambas dosis, frente al 89% del año anterior.

aún no están vacunados y pueden correr riesgo de sufrir una enfermedad grave o complicaciones de por vida. Con el sarampión circulando en Inglaterra y con la lamentable muerte en una persona joven, garantizar una vacunación oportuna nunca ha sido más importante”.

“La vacuna triple viral ofrece la mejor protección contra el sarampión y, lo que es más importante, la vacunación también sirve para no transmitir la enfermedad a otras personas que pueden ser más vulnerables”.



Dos dosis de la vacuna triple viral ofrecen hasta 99% de protección contra el trío de enfermedades, que pueden provocar meningitis, pérdida de audición y problemas durante el embarazo.

Según las directrices de salud pública, al menos 95% de la población debe vacunarse para prevenir brotes. Pero a nivel nacional, la proporción de niños de cinco años que han recibido todas las dosis de la vacuna ha caído a 84,5%, el nivel más bajo en más de una década.

El último informe digital del Sistema Nacional de Salud (NHS) también muestra que hasta cuatro de cada diez niños en algunas partes de Inglaterra no han recibido ambas dosis de la vacuna triple viral cuando cumplen cinco años.

Solo 56,3% de los niños de esa edad en Hackney, al este de Londres, estaban completamente protegidos contra el sarampión, las paperas y la rubéola en 2022/23. Después de Hackney vinieron Camden (63,6%) y Enfield (64,8%).

Fuera de Londres, las tasas de aceptación más bajas de ambas dosis entre los niños de cinco años se registraron en Liverpool (73,6%), Manchester (74,5%) y Birmingham (75,1%).

La aceptación de la vacuna triple viral colapsó a fines de la década de 1990 y principios de los 2000 a raíz de un estudio de 1998 realizado por el médico ahora desacreditado Andrew Wakefield, que vinculó falsamente las vacunas con el autismo.

El mes pasado, los jefes del NHS renovaron los llamados a los padres para que se aseguren de que sus hijos se pongan al día con las vacunas antes de regresar a la escuela, en medio de temores de un aumento en los casos de sarampión.

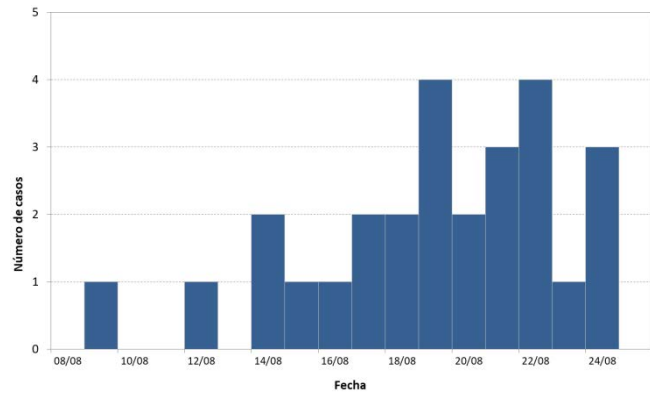
El servicio de salud dice que las personas deben verificar su historial de vacunación y ponerse al día con las dosis olvidadas con su médico de cabecera o en una clínica temporal.

Los importantes brotes de sarampión ocurridos en West Midlands, North West y Londres durante el último año han provocado que los casos se disparen hasta alcanzar el nivel más alto en diez años.

Desde agosto, el número de casos notificados de salmonelosis aumentó significativamente. La secuenciación del genoma completo de la bacteria en muestras de 27 personas demuestra la presencia de la misma cepa de *Salmonella enterica enterica* serovariedad Typhimurium y, por lo tanto, se sospecha que han sido infectadas por una fuente común.

Los casos comenzaron con síntomas entre el 9 y el 24 de agosto y tienen entre 4 y 89 años de edad, con una mediana de 45 años. La mayoría son mujeres (74%) y los casos están repartidos en 11 de las 21 regiones del país.

El trabajo para identificar la fuente de infección, que se sospecha que es un alimento ampliamente distribuido en Suecia, se lleva a cabo en colaboración entre las unidades de control de infecciones pertinentes: la Agencia Sueca de Alimentos y la Agencia de Salud Pública.



Casos de infección por la cepa de *Salmonella* Typhimurium del brote. Suecia. Del 8 al 25 de agosto de 2024. Fuente: Agencia de Salud Pública de Suecia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que la vacuna MVA-BN[®] es la primera vacuna contra la mpox que se añade a la lista de precalificación.

La aprobación de la precalificación debería permitir un mayor acceso y más oportuno de las comunidades con necesidades urgentes a este producto vital a fin de reducir la transmisión y ayudar a contener el brote. La evaluación de la OMS para la precalificación se basa en la información presentada por el fabricante, Bavarian Nordic A/S, y en el examen realizado por la Agencia Europea de Medicamentos, el organismo regulador reconocido para esta vacuna.

“Esta primera precalificación de una vacuna contra la mpox es un paso importante en nuestra lucha contra la enfermedad, tanto en el contexto de los brotes actuales en África como de cara al futuro”, declaró el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. “Ahora necesitamos aumentar con carácter de urgencia las adquisiciones, las donaciones y el despliegue para garantizar un acceso a las vacunas en igualdad de condiciones allá donde más necesarias sean, así como la disponibilidad de otras herramientas de salud pública, de modo que podamos prevenir infecciones, detener la transmisión y salvar vidas”.

La vacuna MVA-BN[®] puede administrarse a personas mayores de 18 años en dos dosis que se administran con cuatro semanas de diferencia. La vacuna, que previamente ha estado almacenada en frigoríficos, puede conservarse a una temperatura de entre 2 y 8°C durante un máximo de ocho semanas.

“La precalificación por la OMS de la vacuna MVA-BN[®] ayudará a acelerar el proceso de adquisición de las vacunas contra la mpox en el que están inmersos los gobiernos y organismos internacionales como la Alianza para las Vacunas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia para ayudar a las comunidades que se encuentran en la primera línea de la emergencia actual en África y en otros lugares”, señaló la Dra. Yukiko Nakatani, Subdirectora General de la OMS para el Acceso a Medicamentos y Productos Sanitarios. “La decisión también puede ayudar a los organismos nacionales de reglamentación a acelerar las aprobaciones, lo que en última instancia ampliará el acceso a vacunas contra la mpox de calidad garantizada”.

El Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) examinó toda la evidencia disponible y recomendó el uso de la vacuna MVA-BN[®] en el contexto del brote de mpox para las personas con un alto riesgo de exposición. Si bien esta vacuna actualmente no está autorizada para personas menores de 18 años, puede utilizarse extraoficialmente en bebés, niños y adolescentes, así como en personas embarazadas e inmunodeprimidas. Esto significa que el uso de la vacuna está recomendado en contextos de brotes en los que los beneficios de la vacunación superan los riesgos potenciales.

La OMS también recomienda la administración de una sola dosis en situaciones de brote en las que haya limitaciones en el suministro de vacunas. La Organización hace hincapié en la necesidad de recopilar más datos sobre la seguridad y la efectividad de la vacuna en esas circunstancias.

De los datos disponibles se desprende que la efectividad estimada de una sola dosis de la vacuna MVA-BN[®] administrada antes de la exposición desde el punto de vista de la protección

contra la mpox es de 76% mientras que, en el caso de la pauta de dos dosis, la efectividad estimada alcanza el 82%. La vacunación después de la exposición es menos eficaz que la vacunación previa a la exposición.

Tanto los estudios clínicos como el uso real durante el brote mundial que se inició en 2022 han puesto sistemáticamente de manifiesto el buen perfil de seguridad y la eficacia de las vacunas. A la luz de los cambios epidemiológicos y de la aparición de nuevas cepas del virus, sigue siendo importante recopilar la mayor cantidad posible de datos sobre la seguridad y la efectividad de las vacunas en diferentes contextos.

Desde que el 7 de agosto de 2024 el Director General de la OMS puso en marcha el procedimiento de inclusión en la lista de uso en emergencias de las vacunas contra la mpox, la OMS ha llevado a cabo evaluaciones de la idoneidad de la vacuna MVA-BN[®] tanto desde el punto de vista programático como del producto.

“Los resultados de las evaluaciones son especialmente pertinentes en el contexto de la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) relacionada con el recrudecimiento de la mpox en África”, manifestó el Dr. Rogério Pinto de Sá Gaspar, Director de Reglamentación y Precalificación de la OMS. “Estamos avanzando con los procedimientos de precalificación e inclusión en la lista de uso en emergencias junto con los fabricantes de otras dos vacunas contra la mpox: la LC-16[®] y la ACAM2000[®]. Hasta la fecha, también hemos recibido seis expresiones de interés relacionadas con productos de diagnóstico de la mpox para su inclusión en la lista de uso en emergencias”.

El 14 de agosto de 2024, el Director General de la OMS declaró que el recrudecimiento del brote de mpox en la República Democrática del Congo y otros países constituía una ESPII.

Desde el inicio del brote mundial en 2022, más de 120 países han confirmado una cifra de casos de mpox que supera los 103.000. Solo en 2024, en los distintos brotes que afectaron a 14 países de la Región de África se contabilizaron 25.237 casos, entre casos sospechosos y confirmados, y 723 defunciones (de acuerdo con los datos al 8 de septiembre de 2024).

La precalificación por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el procedimiento de inclusión en la lista de uso en emergencias son mecanismos que permiten evaluar la calidad, la seguridad y la eficacia de distintos productos médicos, como las vacunas, los medios de diagnóstico y los medicamentos (opcional: incluidos los biofármacos), así como la idoneidad de estos para su uso en países de ingresos bajos y medios. Los productos objeto de los procedimientos de precalificación o de inclusión en la lista de uso en emergencias ayudan a la Organización de Naciones Unidas, los organismos asociados encargados de las adquisiciones y los Estados Miembros a tomar decisiones relativas a su adquisición a escala internacional, regional y nacional. La precalificación se basa en el examen de un conjunto completo de datos sobre la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos médicos, incluido el plan de gestión de riesgos y la idoneidad para los programas. La lista de uso en emergencias es una evaluación de riesgos y beneficios para responder a una demanda urgente durante emergencias de salud pública, sobre la base de los limitados datos disponibles. En virtud de la lista de uso en emergencias, los fabricantes deben comprometerse a seguir generando la información que falta para cumplir con los requisitos de precalificación. Una vez esta información esté disponible, debe presentarse una solicitud de precalificación para completar el proceso y lograr la recomendación de adquisición internacional tanto en situaciones de emergencia como en situaciones que no lo son.

Durante la pandemia de covid, se tomó conciencia de que los virus pueden viajar por el aire, al menos lo suficiente como para que un estornudo en una punta de una habitación contagie a alguien en el otro extremo. También se ha vinculado el viaje de larga distancia de hongos y bacterias transportados en partículas de polvo desde África con daños en corales y plantas en el Caribe, y se han relacionado tormentas de polvo con brotes de meningitis provocadas por la bacteria *Neisseria meningitidis*. Sin embargo, resulta difícil confirmar la conexión causal entre estos fenómenos y, pese a su posible relevancia para la salud humana, falta conocimiento sobre sus mecanismos. Sin embargo, los resultados de un reciente estudio comprueban que cientos de microorganismos, algunos causantes de enfermedades en humanos, pueden sobrevivir a viajes en la atmósfera de más de 2.000 kilómetros.



Algunas regiones de cultivo de cereales son lugares desde los que se elevan aerosoles cargados de microorganismos, como este campo de arroz en Valencia, España.

En un punto de la troposfera conocido como capa límite planetaria, aislada de la superficie y con menor fricción, algunos materiales se pueden desplazar a largas distancias, pero se dudaba acerca de que allí pudiese haber también organismos vivos. Para averiguarlo, se realizaron 10 vuelos en avioneta a la altitud de esa capa, a entre 1.000 y 3.000 metros, por encima de una región de Japón cercana a Tokio. En los vuelos, se siguieron unas corrientes de aire conocidas como puentes troposféricos, que conectan regiones distantes del mundo, y en este caso se elevan en China y descienden sobre la capital japonesa. La secuenciación de ADN de las muestras recogidas identificó más de 266 géneros de hongos y 305 géneros de bacterias, entre las que había algunas afectan a los humanos, como *Clostridium difficile*, *Escherichia coli* o varias especies de *Staphylococcus*.

Aunque dentro de las muestras seleccionadas para la secuenciación, entre 35 y 40% son especies potencialmente patógenas, siempre se trata de dosis subclínicas que, salvo en individuos susceptibles o inmunodeprimidos, no deberían producir enfermedad. No obstante, debe tenerse en cuenta que no se conocen con exactitud cuáles son las dosis peligrosas para los organismos que se han encontrado en las muestras y, en algunos casos, una sola célula puede provocar enfermedad.

Durante mucho tiempo, se pensó que la capa límite planetaria era inerte. Expuestos a la radiación ultravioleta y a la falta de nutrientes y humedad, los microorganismos no podían sobrevivir. Sin embargo, se ha visto que, quizá protegidos por los aerosoles a los que se enganchan para salir volando, mantienen su viabilidad en un ambiente hostil. En algunos casos, el medio de transporte de bacterias y hongos pueden ser las tormentas de polvo que producen la calima en muchas regiones del mundo. En el caso de este estudio, los vientos que barren los anchos campos de cereales chinos levantan aerosoles en los que viajan los microbios jun-

to con partículas de fertilizantes y pesticidas que también se encontraron en las muestras y revelan su origen agrícola.

Además de mostrar que los microorganismos viajan a largas distancias y se mantienen vivos (aunque no se sabe si completamente activos), la secuenciación de las bacterias desveló que muchas de ellas eran resistentes a muchos antibióticos. Se han detectado genes de resistencia naturales, que han aparecido en ambientes en los que hay una presión evolutiva, que puede ser de origen humano, como el uso excesivo de antibióticos en la alimentación animal. Es necesario cuantificar el impacto que pueda tener en la dispersión de genes de resistencia, pero sería una nueva forma de sembrar este tipo de genes en zonas que en principio no los generan.

Es muy importante reconocer la existencia de este transporte de bacterias viables y entre las que algunas son resistentes a antibióticos. Sin embargo, las bacterias que producen enfermedades son un porcentaje pequeño de lo que se transporta; la mayoría son necesarias para el funcionamiento de los ecosistemas y, aunque el cambio climático puede producir variaciones en las cantidades, es algo que lleva sucediendo desde siempre.

Aunque, en principio, los microorganismos que viajan a través de los puentes troposféricos no tienen concentraciones suficientes para provocar problemas de salud a la mayor parte de las personas, estos descubrimientos apoyan el interés de incluir el monitoreo de las masas de aire en las redes de salud pública. Al igual que se analiza el polen para monitorear las alergias, se podría incluir un muestreo más rutinario de este tipo de componente microbiano que pueden producir brotes de enfermedades respiratorias.

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.