



7 DE OCTUBRE
2024
REC 2.861

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las arbovirosis (excepto dengue)
- Formosa: Detectaron un caso de rabia parestante en un caballo en El Colorado

AMÉRICA

- Barbados: Primer caso en el país de fiebre del Nilo Occidental
- Colombia: Aumentaron 21,7% los casos de meningitis meningocócica en cuatro años

- Colombia: Brote de leishmaniosis en las comunidades Yukpa de Cesar

- Estados Unidos: Descienden las tasas de vacunación escolar mientras las exenciones siguen en aumento

- Estados Unidos: Los huracanes elevan la mortalidad durante años después de su paso

- Perú: El país registra la mayor cifra de casos de meningitis meningocócica desde 2012

EL MUNDO

- Arabia Saudí: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV

- Argelia: Proliferan los casos de malaria en el extremo sur del país, con decenas de muertos

- Rwanda: La enfermedad por el virus de Marburg ya provocó 11 muertes

- La OMS presentó un plan estratégico mundial para luchar contra el aumento del dengue y otras enfermedades arbovirales

- Sugieren prohibir el tabaco a los jóvenes para hacer caer la mortalidad

- ¿Será la influenza aviar A(H5N1) la próxima pandemia humana?

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 // EDUARDO SAVIO
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 // SERGIO CIMERMAN

Patrocinador

sadi Sociedad Argentina
de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

Adherentes



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

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

Argentina

**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
NACIONAL**
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ARBOVIROSIS (EXCEPTO DENGUE)

29/09/2024

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	–	–	3	–	–	1	–	–	–	–	1	–	–	–	–
Buenos Aires	–	2	1	–	–	1	–	–	–	–	7	3	–	–	1
Córdoba	–	3	–	–	–	1	–	–	–	–	39	2	–	–	–
Entre Ríos	–	1	1	–	–	–	–	–	–	–	6	–	–	–	1
Santa Fe	–	5	5	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Centro	–	11	10	–	3	3	–	–	–	–	53	5	–	–	2
Mendoza	–	1	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Juan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
San Luis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	–
Cuyo	–	1	1	–	1	–	–	–	–	–	2	1	–	–	–
Chaco	–	12	24	–	9	–	–	–	–	–	1	–	–	1	–
Noreste Argentino	–	12	24	–	9	–	–	–	–	–	1	–	–	1	–
Catamarca	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jujuy	–	6	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–
La Rioja	–	–	2	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Salta	–	13	12	–	12	12	–	4	–	–	–	–	–	–	–
Santiago del Estero	–	3	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tucumán	–	1	–	–	1	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–
Noroeste Argentino	–	23	15	–	15	14	–	9	–	–	–	–	–	–	–
Total Argentina	–	47	50	–	28	17	–	9	–	–	56	6	–	1	2

Casos de arbovirosis, según clasificación epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 31 a 38 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 1.179 casos, sin resultados positivos.

El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) estableció medidas sanitarias tras detectarse, mediante un análisis de laboratorio, un brote de rabia pareasiente que hasta el momento afectó a un équido en la localidad de El Colorado, departamento formoseño de Pirané.



La muestra fue procesada en el Centro Especializado en Zoonosis de la localidad chaqueña de Resistencia, a través de un análisis por inmunofluorescencia.

El organismo sanitario nacional dispuso la interdicción de los establecimientos situados en un radio de 10 km alrededor del caso confirmado y la consecuente vacunación obligatoria de la totalidad de las especies susceptibles en dicha área, a la vez que solicitó a los productores el registro de la vacunación en la oficina del SENASA en El Colorado, una vez que haya sido efectuada.

Asimismo, siguiendo el esquema de la vacunación obligatoria ante un brote, se deberá revacunar los primovacunados entre los 20 y 30 días posteriores a la primera dosis, conforme a lo establecido por la normativa vigente.

Al tratarse de una enfermedad de notificación obligatoria ante el SENASA, se solicita dar aviso ante la existencia de animales con sintomatología nerviosa y la detección de posibles refugios de vampiros que serán evaluados, georreferenciados y comunicados al Programa Nacional de Control de la Rabia Pareasiente del SENASA.

Al tratarse de una zoonosis, el SENASA recomienda evitar la manipulación de animales muertos o con sintomatología nerviosa a fin de prevenir el contagio de la enfermedad.

La rabia pareasiente es una zoonosis, puede transmitirse de los animales a las personas y es mortal, de ahí radica la importancia de la prevención mediante la vacunación de los animales susceptibles de contraer la enfermedad y el control de vampiros. Los brotes de rabia pareasiente perduran no más de 18 meses con periodos ínter epidémicos de tres o cuatro años.

Los primeros síntomas observados en animales consisten en inquietud, falta de apetito, tendencia a aislarse y frecuentes vocalizaciones con un tono de voz diferente al habitual. Luego se observa depresión, deshidratación, con dificultad postural y ambulatoria, y finalmente la muerte.

Rabia canina

En tanto, en la localidad de Ibarreta –sudeste de la provincia de Formosa– se detectó un brote de rabia canina cuya variante antigénica es diferente a la rabia pareasiente y se transmite principalmente por la mordedura de animales silvestres a domésticos, como perros y gatos.

Para ambos tipos de rabia la única medida de prevención es la vacunación de los animales susceptibles.



BARBADOS

PRIMER CASO EN EL PAÍS DE
FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

03/10/2024

El 13 de septiembre de 2024, el Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional para Barbados notificó a la Organización Mundial de la Salud una infección humana confirmada por el virus del Nilo Occidental. Se trata del primer caso humano notificado en Barbados.

El paciente es un niño menor de 15 años que reside en Bagatelle, St. Thomas. El 10 de junio, el paciente informó de la aparición de síntomas que incluían dolor de cabeza, fiebre, vómitos, dolor de cuello y dolor en las rodillas, y acudió a una clínica privada el 14 de junio. Una prueba para dengue realizada el mismo día dio negativo.

El paciente fue hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de un hospital el 16 de junio debido al empeoramiento de los signos y síntomas, incluidos dolor en las articulaciones, dolor abdominal, alteración del estado mental y dificultad para hablar. El análisis del líquido cefalorraquídeo arrojó resultados negativos para algunos patógenos bacterianos y virales. A pesar del tratamiento, la condición del paciente empeoró.

El 3 de septiembre de 2024, se recogieron muestras de sangre y se enviaron a la Clínica Mayo en Estados Unidos para realizarles pruebas de detección del virus del Nilo Occidental. El 4 de septiembre de 2024 se confirmó la presencia de anticuerpos (IgG) contra este virus. El paciente sigue recibiendo atención y recuperándose.

El paciente informó haber visitado un establo de caballos en febrero de 2024 y una playa frecuentada por caballos el 8 de junio, dos días antes de la aparición de los síntomas. Aunque estas exposiciones a caballos se consideraron factores de riesgo de infección por el virus del Nilo Occidental, la fuente precisa de infección sigue sin especificarse. No se identificaron otros casos sospechosos, pero las autoridades de salud pública siguen vigilando de cerca la situación.

Este es el primer caso humano de infección por el virus del Nilo Occidental detectado en Barbados. Además, no se habían documentado anteriormente infecciones en aves o caballos en este país, lo que hace que este caso sea inusual e inesperado. Sin embargo, el virus del Nilo Occidental se ha propagado por todo el Caribe, probablemente a través de aves migratorias infectadas. Una evaluación cuantitativa del riesgo de la introducción del virus del Nilo Occidental en Barbados, realizada en 2007, destacó que la presencia de aves migratorias y mosquitos representaba una amenaza inminente para la introducción del virus.

Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias de Barbados implementaron las siguientes medidas de salud pública:

- Se realizaron entrevistas a los padres del paciente para investigar factores de riesgo como la exposición a animales que se sabe que transmiten el virus del Nilo Occidental, antecedentes de viajes recientes y otros factores relevantes.
- Se han implementado vigilancia epidemiológica y pruebas continuas para garantizar que no se pasen por alto más casos y para evaluar el riesgo potencial de transmisión local en el área.

Evaluación de riesgos de la OMS

Aunque no se han documentado casos de infección por el virus del Nilo Occidental en aves o caballos en el país, es posible que esté circulando en estas poblaciones sin ser detectado. A pesar de ello, el impacto general en la salud pública sigue siendo limitado en esta etapa, ya que actualmente solo hay un caso humano registrado y se han implementado medidas de respuesta de salud pública adecuadas, como se describió anteriormente.

El riesgo de propagación internacional del virus del Nilo Occidental desde Barbados es bajo. El virus se transmite principalmente a través de picaduras de mosquitos, y las aves son los huéspedes naturales. No hay evidencia que sugiera que el virus del Nilo Occidental se propague fácilmente entre humanos o de caballos a mosquitos. Por lo tanto, el potencial de transmisión internacional generalizada sigue siendo bajo.

Según estos criterios, el riesgo general para la salud pública sigue siendo bajo. La OMS seguirá evaluando la situación epidemiológica en Barbados.

Consejos de la OMS

El virus del Nilo Occidental se puede diagnosticar mediante diversas pruebas, como el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) para anticuerpos IgG e IgM, ensayos de neutralización, la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) y aislamiento del virus en cultivos celulares. Los anticuerpos IgM se pueden detectar en casi todos los pacientes infectados en el momento de la presentación clínica y pueden persistir durante más de un año. No existen tratamientos específicos para la enfermedad, salvo los cuidados paliativos, que incluyen hospitalización, líquidos intravenosos y asistencia respiratoria para el paciente. La mayoría de las personas o animales afectados se recuperan espontáneamente. No existe una vacuna disponible para humanos.

El virus del Nilo Occidental se transmite a través de un ciclo de transmisión mosquito-ave-mosquito, en el que intervienen principalmente mosquitos *Culex*. Las aves actúan como reservorios, mientras que los caballos y los humanos son huéspedes terminales, es decir, no transmiten la infección. En los caballos se han desarrollado vacunas y el tratamiento es de apoyo.

Se hace hincapié en la prevención, incluida la concienciación sobre los factores de riesgo y las medidas para reducir la exposición, como el uso de mosquiteros, repelentes, el uso de ropa que cubra las piernas y los brazos y evitar las actividades al aire libre durante los períodos de mayor incidencia de picaduras de mosquitos.

Es esencial contar con programas integrales de vigilancia y control de mosquitos, que incluyan la reducción de los criaderos, la gestión del agua y los métodos de control biológico y químico. En los centros de atención de la salud, los trabajadores de la salud deben implementar precauciones estándar de control de infecciones y manipular las muestras con cuidado en laboratorios equipados.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y/o al comercio con Barbados basándose en la información disponible sobre este evento.

El virus del Nilo Occidental infecta principalmente a los seres humanos a través de las picaduras de mosquitos infectados, pero también puede transmitirse a través de productos sanitarios de origen humano (transfusión de sangre, trasplante de órganos, etc.). El virus es generalmente transportado por aves migratorias y transmitido localmente por mosquitos a los seres humanos, caballos y otros mamíferos. Es importante señalar que los caballos y los seres humanos no pueden transmitir el virus a nuevos mosquitos.

La infección por el virus del Nilo Occidental en humanos suele causar una enfermedad leve y aproximadamente 80% de los infectados son asintomáticos. El período de incubación suele ser de 3 a 14 días. Alrededor de 20% de las personas que se infectan con el virus desarrollan la fiebre del Nilo Occidental. Los síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza, cansancio y dolores corporales, náuseas, vómitos y, ocasionalmente, una erupción cutánea (en el tronco) e inflamación de los ganglios linfáticos.

Se estima que aproximadamente una de cada 150 personas infectadas con el virus del Nilo Occidental desarrolla una forma más grave de la enfermedad. Los síntomas de la enfermedad grave (también llamada enfermedad neuroinvasiva, como la encefalitis o meningitis del Nilo Occidental o la poliomielitis del Nilo Occidental) incluyen dolor de cabeza, fiebre alta, rigidez del cuello, estupor, desorientación, coma, temblores, convulsiones, debilidad muscular y parálisis. La enfermedad grave puede ocurrir en personas de cualquier edad, sin embargo, las mayores de 50 años y algunas personas inmunodeprimidas (por ejemplo, pacientes trasplantados) corren un mayor riesgo de enfermar gravemente cuando se infectan con el virus del Nilo Occidental. Actualmente no existe una vacuna para humanos.

En Colombia, el aumento alarmante de casos de enfermedades asociadas a la bacteria *Neisseria meningitidis* ha encendido las alarmas entre los expertos en salud pública.

Según cifras recientes del Instituto Nacional de Salud (INS), en los últimos cuatro años, los casos han aumentado 21,7% en comparación con 2022, con un total de 868 eventos de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica notificados hasta la fecha.

De estos, 61 casos corresponden específicamente a *N. meningitidis*, afectando mayormente a adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores. Sin embargo, del total de casos de meningitis, la población más vulnerable sigue siendo la de los niños menores de cinco años, registrando 420 casos confirmados (48,4% del total).

Las regiones que reportan la mayor prevalencia de estos casos son Antioquia, Bogotá y Cundinamarca, lo que subraya la necesidad urgente de implementar medidas de vacunación más efectivas en estas áreas.

La vacunación es la herramienta de protección más eficaz contra el meningococo, una bacteria que puede causar la muerte en cuestión de horas si no se trata a tiempo. La gravedad de la enfermedad meningocócica no debe ser subestimada, ya que puede resultar fatal en 24 a 48 horas si no se recibe tratamiento inmediato.

La meningitis meningocócica puede ser devastadora y, en ocasiones, se confunde con enfermedades menos graves como un resfrío común, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento. Por eso, la vacunación es la mejor opción para prevenir complicaciones severas o la muerte.

La situación se complica aún más por la falta de acceso a la vacuna universal contra el meningococo. Actualmente, esta vacuna no forma parte del plan anual de inmunizaciones del país, lo que obliga a las familias a asumir el costo de la misma. En contraste, el sistema de salud cubre otras vacunas contra meningitis bacterianas, como las causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b y *Streptococcus pneumoniae*. Esto plantea una inequidad en el acceso a la prevención de enfermedades graves.

Un dato alarmante es que se estima que 27% de los adolescentes y adultos jóvenes son portadores asintomáticos de la bacteria, lo que significa que pueden propagarla sin mostrar síntomas.

Ante esta creciente preocupación, el INS hizo un llamado a la población para tomar conciencia mediante la vacunación. Por otro lado, la falta de una estrategia integral de vacunación puede tener consecuencias devastadoras para la salud pública, por lo que es esencial que el Gobierno y las instituciones de salud trabajen juntos para incluir la vacuna contra el meningococo en el plan de inmunizaciones, asegurando así que todas las poblaciones, especialmente las más vulnerables, tengan acceso a esta vital medida de prevención.

Un grave problema de salud pública están viviendo los campesinos de comunidades indígenas Yukpa asentadas en estribaciones de la Serranía del Perijá, veredas de los municipios de Agustín Codazzi y La Paz, departamento Cesar, por un brote de leishmaniosis que pone en riesgo a los habitantes y la actividad productiva de la zona.

Ante esta situación, han solicitado ayuda a las autoridades de salud, ya que se acerca el periodo de cosecha del café y los obreros no podrían subir a cumplir con sus labores por temor al contagio.



“Las familias campesinas están viviendo una situación difícil. Ya hay varios casos de leishmaniosis en la zona rural, por lo que pedimos la inmediata intervención de las Secretarías de Salud Departamental y Municipal”, manifestó Frey Liñán, presidente de la Junta de Acción Comunal del corregimiento Laguna de los Indios.

Reiteró que la preocupación los invade, ya están en plena cosecha de café y los obreros no quieren llegar al territorio. Ya se han reportado varios casos y temen que la situación epidemiológica se agrave.

En el departamento de Cesar, la Secretaría de Salud reporta 288 casos, de los cuales 101 corresponden a pacientes indígenas.

Al respecto, Gina Paola Sánchez González, secretaria departamental de Salud, manifestó que desde hace dos semanas se ha venido registrando un incremento de pacientes atendidos en los centros de salud por esta patología, por lo que de inmediato se activaron los protocolos de atención.

“La alerta la recibimos desde el hospital de Agustín Codazzi, hasta donde llegaban personas con llagas en el cuerpo, en cuyos análisis médicos, se identificó que era leishmaniosis y se iniciaron las vías de atención y de prevención en las comunidades afectadas”, explicó la funcionaria.

Detalló que las poblaciones más afectadas por esta enfermedad en el departamento Cesar son Agustín Codazzi (63% de los casos), La Paz (9,2%), Valledupar (8%), Pailitas (4,4%), San Diego (3,5%), San Martín (3,5%), San Alberto (3,1%), Pueblo Bello (2,6%) y Aguachica (1,3%), a cuyos territorios se están trasladando equipos especializados para evitar la propagación de la enfermedad.

“Esta sectorial ha trabajado de la mano con los líderes de las comunidades Yukpas en Agustín Codazzi y Becerril, hemos articulado con las juntas de acción comunal para socializar lo relacionado con la leishmaniosis, asegurando que las medidas implementadas sean culturalmente adecuadas y tengan un impacto positivo a largo plazo”, reiteró la secretaria de Salud.

Primeras acciones

Debido a este panorama epidemiológico, la Secretaría de Salud Departamental implementó un plan de acción integral, con el fin de controlar el brote de leishmaniosis en las comunidades indígenas Yukpas de Agustín Codazzi y La Paz.

Entre las acciones implementadas se cuentan la intervención de profesionales de la salud para brindar una atención médica oportuna, que han llegado a las comunidades afectadas con el propósito de realizar diagnósticos, entregar tratamientos y brindar asistencia médica a los afectados, garantizando el acceso a los medicamentos necesarios para combatir la enfermedad.

De igual forma, se ha hecho acción comunitaria, que consiste en jornadas educativas enfocadas en la prevención de la leishmaniosis, enseñando a las comunidades cómo evitar las picaduras del flebótomo vector, mejorar las condiciones de higiene y mantener los entornos saludables.

Como complemento de estas acciones, el personal de la Secretaría de Salud se ha desplazado hasta las veredas Las Vegas y Hoyo Caliente parte baja, en el municipio Agustín Codazzi, para entregar mosquiteros a las comunidades, hacer fumigación y control de vectores, en donde además han capturado vectores que han sido llevados al Laboratorio de Salud Pública para su respectivo estudio.

Se ha hecho control químico en las viviendas, iniciando en Agustín Codazzi, continuando por la Serranía del Perijá; además, desarrollo de capacidades a los vigilantes de las secretarías de salud locales, para garantizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, y capacitación a los equipos básicos en salud con el objetivo de que estén preparados en la búsqueda activa de pacientes con leishmaniosis.

La secretaría de Salud Departamental, implementó un plan de acción integral, con el fin de controlar un brote de leishmaniosis que se presentó en comunidades indígenas Yukpas de Agustín Codazzi y La Paz.

Las tasas de vacunación entre los pequeños que asisten a jardín de infantes en Estados Unidos disminuyeron el año pasado y la cantidad de niños con exenciones alcanzó un máximo histórico, de acuerdo con datos federales publicados el 2 de octubre.

La cantidad de niños exentos de los requisitos de vacunación subió a 3,3% respecto del 3% del año previo. En tanto, 92,7% de los infantes recibieron sus vacunas correspondientes, una cifra ligeramente menor a la registrada hace dos años. Antes de la pandemia de covid,

la tasa de vacunación era de 95%, que es el nivel de cobertura que hace que sea poco probable que una sola infección provoque un brote.

Los cambios podrían parecer leves, pero son significativos debido a que se traducen en 80.000 niños que no fueron vacunados, dijeron funcionarios de salud.

“Las tasas ayudan a explicar un preocupante aumento en los casos de tos convulsa, sarampión y otras enfermedades que se pudieron haber evitado mediante la vacunación”, dijo el Dr. Raynard Washington, presidente de la Coalición de Salud de Grandes Ciudades, la cual representa a 35 departamentos metropolitanos de salud pública.

“Todos hemos tenido que lidiar con brotes que han emergido en todo el país”, dijo Washington, director del Departamento de Salud de Charlotte, North Carolina.

“Los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos muestran que la cobertura con las vacunas triple viral, la triple bacteriana acelular, la antipoliomielítica y la de la varicela disminuyó en más de 30 estados entre los menores que asisten al jardín de infantes para el año escolar de 2023-2024”, señaló Washington.

Los funcionarios de salud pública se enfocan en las tasas de vacunación de niños que asisten al jardín de infantes debido a que las escuelas pueden ser caldo de cultivo para gérmenes y plataformas de lanzamiento de brotes comunitarios.

Durante años, esas tasas permanecieron en niveles elevados, gracias a las reglas de asistencia que requerían las vacunas más importantes. Todos los estados y territorios del país requieren que los niños que asisten a guarderías y escuelas estén vacunados contra varias enfermedades, como el sarampión, la parotiditis, la poliomielitis, el tétanos, la tos convulsa y la varicela.

Todos los estados permiten exenciones para niños con alguna condición médica que les impida recibir vacunas. Y la mayoría también permiten exenciones por cuestiones religiosas y otros motivos.

El porcentaje de niños con exención médica en jardines de infantes se ha mantenido estable durante la última década, en alrededor de 0,2%. Pero el porcentaje con exenciones no médicas



ha ido en aumento, elevando la tasa general de exenciones de 1,6% en el año escolar de 2011-2012 a más del doble el año pasado.

Las tasas pueden estar influenciadas por las leyes o políticas estatales que dificultan o facilitan obtener exenciones, y por la mentalidad entre familias y doctores sobre la necesidad de vacunar a los niños. Por ejemplo, de acuerdo con los datos de los CDC, 14,3% de los niños que asisten al jardín de infantes tenían una exención para una o más vacunas en Idaho. Pero menos de 1% tenía una dispensa en Connecticut y Mississippi.

Dentro de un mismo estado, la concentración de niños no vacunados puede ser aún mayor en determinadas comunidades o escuelas, de acuerdo con Noel Brewer, profesor de comportamientos de salud en la Universidad de North Carolina.

“Las personas escépticas sobre las vacunas tienden a vivir cerca unas de otras y crear las condiciones para que se produzca un brote de sarampión y de otras enfermedades”, comentó.

El impacto de un ciclón tropical en Estados Unidos puede causar un marcado aumento de la mortalidad a largo plazo, hasta provocar un exceso de fallecimientos de entre 7.000 y 11.000 personas, según un reciente [estudio](#).

La investigación constató que el exceso de la mortalidad puede perdurar durante unos 15 años en las zonas afectadas por estos violentos fenómenos meteorológicos, que se presentan en forma de huracanes y tormentas tropicales.

El estudio analizó el efecto que tuvieron 501 ciclones tropicales tras azotar directamente las costas estadounidenses entre 1930 y 2015.

Las estadísticas recogidas por el Gobierno federal confirmaron que un ciclón provoca 24 muertes directas de media, si bien detectaron que, al tener en cuenta su “efecto cascada”, los fallecimientos indirectos pueden oscilar entre los 7.000 y 11.000.

Asimismo, calcularon que estos ciclones representaron entre 3,2 y 5,1% de las muertes registradas en la costa atlántica de Estados Unidos entre el citado periodo de 85 años, es decir, hasta un total de entre 3,6 y 5,2 millones de fallecimientos.

Estos hallazgos sugieren que el impacto de los ciclones tropicales, que anteriormente se consideraba poco importante para los análisis de la salud pública en general, es un factor subyacente significativo en la distribución del riesgo de mortalidad en esas zonas costeras.

Entre los más perjudicados se sitúan los bebés (menores de un año), las personas de hasta 44 años y la población de raza negra.

Estudios anteriores sobre el impacto de desastres naturales en poblaciones centraron su atención, sobre todo, en el número de muertes directas, que en la mayoría de los casos se atribuye a ahogamientos durante las inundaciones.

No obstante, los ciclones tropicales son una amenaza habitual en las costas estadounidenses, más allá del daño inmediato que causan a las infraestructuras, la economía o la sociedad, con desplazamientos de poblaciones, por ejemplo.

También representan un problema de salud a largo plazo, en el que ciertos individuos ven reducido el acceso a la sanidad o afrontan un aumento del costo de la vida.

En este contexto, el análisis de los datos recogidos por los CDC proporcionó pruebas de que el exceso de la mortalidad está relacionado con la diabetes, el suicidio, el síndrome de muerte súbita infantil u otra causa no registrada. A esta lista le siguen como causas más comunes de fallecimiento las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Este estudio demuestra que los ciclones tropicales están asociados al exceso de la mortalidad, si bien reconocen que no identifica los mecanismos subyacentes.

Por ello, los autores proponen cinco factores que podrían explicar esa vinculación.

Los daños económicos causados por la pérdida de empleos o los desembolsos necesarios para las reparaciones posteriores a un ciclón podrían, por ejemplo, reducir el gasto futuro en atención médica.

La meningitis meningocócica es una grave enfermedad que puede dejar graves secuelas si no es tratada adecuadamente e, incluso, puede provocar la muerte. Este año, en Perú ya se han confirmado 10 casos, el mayor número desde 2012.

Esta enfermedad es causada por varias cepas diferentes de la bacteria *Neisseria meningitidis*. La mayoría de las veces, las personas llevan esta bacteria sin mostrar ningún tipo de síntoma: de hecho, 27% de adolescentes y adultos jóvenes son portadores asintomáticos.



Sin embargo, hay casos en los que detona una enfermedad que puede ser mortal.

En Perú, ya se han detectado 10 casos: siete en Lima y El Callao, y otros tres en Loreto. De hecho, en la localidad de San Antonio de El Estrecho (provincia de Putumayo, departamento Loreto), entre el 21 y 23 de agosto se presentaron tres casos en adolescentes mujeres con síntomas de meningitis.

En 50% de los casos no tratados, esta enfermedad puede ser mortal. La mejor forma de combatir esta infección es la prevención; por ello, es necesario implementar una estrategia de vacunación para salvaguardar la salud de la población.

La mejor forma de luchar contra la meningitis meningocócica es conseguir la ansiada inmunidad de rebaño. Es decir, si la mayoría de las personas está protegida frente a la bacteria, es muy difícil que esta pueda propagarse e infectar a la gente más vulnerable.

Alrededor del mundo, se ha reducido radicalmente la incidencia de esta enfermedad gracias a campañas de vacunación para prevenir una o más cepas. En poblaciones con altas tasas de cobertura de vacunación, la meningitis prácticamente ha desaparecido.



ARABIA SAUDÍ

NUEVO CASO DE INFECCIÓN POR EL MERS-CoV

02/10/2023

El 5 de septiembre de 2024, el Ministerio de Salud de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo caso de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV).

El caso, un hombre de entre 50 y 55 años que residía en la región oriental de Arabia Saudí, presentó fiebre, tos, dificultad para respirar y palpitaciones el 28 de agosto. Fue ingresado como caso cardíaco en un hospital local el 31 de agosto y trasladado a un complejo médico el 1 de septiembre. De allí, fue dado de alta a petición suya el mismo día, en contra del consejo médico.

Un hisopado nasofaríngeo tomado el 1 de septiembre y analizado en el Laboratorio Nacional de Salud Pública como parte de la vigilancia centinela de la enfermedad respiratoria aguda grave (IRAG), arrojó un resultado positivo para MERS-CoV el 4 de septiembre mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR).

Después de ser dado de alta del hospital y antes de recibir los resultados de laboratorio que confirmaban el MERS-CoV, el paciente viajó a Pakistán el 2 de septiembre.

El paciente no es un trabajador sanitario y presenta diversas comorbilidades. Tras la investigación de campo, no se encontraron pruebas de interacción con dromedarios (*Camelus dromedarius*). En Arabia Saudí, se ha completado el seguimiento de un miembro del hogar, 23 trabajadores sanitarios y dos pacientes que tuvieron contacto con el caso, y no se han notificado casos secundarios. Entre los contactos cercanos registrados en Arabia Saudí, uno viajó desde este país al sur de Asia el 4 de septiembre. Se recuperaron los detalles del vuelo y la información personal para iniciar el rastreo y el seguimiento de los contactos, y no se han identificado casos secundarios en relación con este contacto de alto riesgo.

Tras la notificación el 5 de septiembre del Centro Nacional Focal (CNE) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Arabia Saudí al CNE del RSI de Pakistán sobre el viaje del paciente y los resultados positivos para MERS-CoV, el paciente fue localizado en Pakistán y las autoridades sanitarias procedieron a trasladarlo a un hospital público para un aislamiento estricto y el tratamiento de las comorbilidades existentes.

Se recogieron y analizaron en el Instituto Nacional de Salud de Pakistán/Laboratorio Nacional de Referencia un total de 41 muestras nasofaríngeas, incluidas muestras repetidas del caso y de contactos cercanos. El paciente dio positivo, aunque con una carga viral baja, mientras que todos los contactos dieron negativo. Los contactos cercanos, incluidos familiares y trabajadores de la salud, fueron vigilados de cerca durante 14 días y no se identificaron casos secundarios.

El paciente fue dado de alta el 13 de septiembre tras recibir un resultado negativo en la prueba de detección del MERS-CoV, junto con instrucciones de continuar con la medicación oral y volver a una cita de seguimiento en cinco días. Esta cita de seguimiento se completó con éxito el 19 de septiembre, lo que confirmó la recuperación total del paciente.

Desde principios de año, se han notificado un total de cinco casos, incluidas cuatro muertes, en Arabia Saudí, y este es el primer caso notificado desde el último [informe](#), que se publicó el 8 de mayo de 2024.

Respuesta de salud pública

Los ministerios de Salud de Arabia Saudí y Pakistán implementaron un rastreo activo de contactos, con monitoreo diario durante el período de incubación de 14 días y pruebas de laboratorio para los contactos de alto riesgo. Se implementó el triage de enfermedades respiratorias en los hospitales para permitir la detección temprana de pacientes con síntomas respiratorios.

Además, en Pakistán se inició una formación integral de actualización sobre la definición de casos para todos los trabajadores sanitarios y asistenciales para garantizar la detección temprana de los casos. También se están llevando a cabo sesiones de capacitación enfocadas en la implementación de normas de prevención y control de infecciones (PCI) y precauciones basadas en la transmisión relacionadas con MERS-CoV, al tiempo que se garantiza la disponibilidad de suministros de PCI, como desinfectantes para manos y equipos de protección personal. Además, se han organizado sesiones de concienciación sobre la salud para todos los familiares de las personas afectadas.

La OMS está lanzando protocolos actualizados del Estudio Unificado sobre el MERS-CoV para apoyar a los Estados Miembros en los estudios e investigaciones sobre este coronavirus.

Evaluación de riesgos de la OMS

Desde el primer informe de casos de MERS en Arabia Saudí en 2012 hasta la fecha, se han notificado infecciones humanas en 27 países, que abarcan las seis regiones de la OMS. La mayoría de los casos (2.205 casos; 84%) se han notificado en Arabia Saudí, incluido este caso.

La notificación de este caso no modifica la evaluación general del riesgo. Se cree que el nuevo caso notificado adquirió la infección localmente en Arabia Saudí. Sin embargo, el potencial de transmisión internacional aumenta debido al hecho de que la persona visitó Pakistán, mientras que un contacto de alto riesgo viajó al sur de Asia dentro del período de seguimiento de 14 días. Ambas personas habían organizado sus viajes antes de que se produjera el evento y antes de que se obtuvieran y difundieran los resultados de las pruebas del caso.

La OMS prevé que se notificarán más casos de infección por el MERS-CoV en Medio Oriente y otros países donde el virus circula en dromedarios. Además, es posible que se sigan exportando casos a otros países a través de personas que estuvieron expuestas al virus a través del contacto con dromedarios o sus productos (por ejemplo, el consumo de leche de dromedario sin pasteurizar) o en un entorno sanitario. La transmisión del MERS-CoV de persona a persona puede producirse si hay demoras en la identificación de la infección, en particular en países que no están muy familiarizados con la enfermedad, así como en la lentitud de la clasificación de los casos sospechosos y en la aplicación de las medidas habituales de prevención y control de la infección.

La OMS continúa vigilando la situación epidemiológica y realiza evaluaciones de riesgos basadas en la última información disponible.

Consejo de la OMS

Con base en la situación actual y la información disponible, la OMS vuelve a enfatizar la importancia de una fuerte vigilancia por parte de todos los Estados miembros para las infecciones respiratorias agudas, incluido el MERS, en el algoritmo de pruebas, cuando esté justificado, e investigar cuidadosamente cualquier patrón inusual.

La transmisión de persona a persona del MERS-CoV en entornos de atención médica se ha asociado con retrasos en el reconocimiento de los primeros signos y síntomas de la infección, en el aislamiento de los casos sospechosos y en la implementación de medidas de PCI. Estas medidas son fundamentales para prevenir la posible propagación del MERS-CoV entre las personas en los centros de atención médica. Los trabajadores de la salud siempre deben aplicar las precauciones estándar de manera consistente con todos los pacientes, en cada interacción en los entornos de atención médica. Las precauciones para microgotas deben agregarse a las precauciones estándar cuando se brinda atención a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; se deben incluir precauciones de contacto y protección para los ojos cuando se atienden casos probables o confirmados de MERS; se deben aplicar precauciones para evitar el contagio por vía aérea al realizar procedimientos que generen aerosoles o en entornos donde se lleven a cabo procedimientos que generen aerosoles. La identificación temprana, el manejo y el aislamiento de los casos, la cuarentena de los contactos, junto con las medidas apropiadas de PCI en el ámbito de la atención médica (lo que incluye evitar el hacinamiento) y la concientización sobre la salud pública pueden prevenir la transmisión del MERS-CoV de persona a persona.

El MERS-CoV parece causar una enfermedad más grave en personas con afecciones médicas crónicas subyacentes, como diabetes, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar crónica y personas inmunocomprometidas. Por lo tanto, las personas con estas condiciones médicas subyacentes deben evitar el contacto cercano con animales, particularmente dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o áreas de establos donde el virus pueda estar circulando. Se deben cumplir las medidas generales de higiene, como lavarse las manos regularmente o higienizarlas con alcohol en gel antes y después de tocar animales. Debe evitarse el contacto con animales enfermos.

Se deben observar las prácticas de higiene de los alimentos. Debe evitarse la manipulación o el consumo de leche de dromedario sin pasteurizar u orina de estos animales o consumir su carne si no se ha cocido adecuadamente.

La OMS no recomienda controles especiales en los puntos de ingreso con respecto a este evento, ni recomienda actualmente la aplicación de restricciones comerciales o de viaje.

El síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) es una infección respiratoria causada por el coronavirus del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV). Aproximadamente 36% de los pacientes con MERS han muerto, pero esto puede ser una sobreestimación de la verdadera tasa de mortalidad, ya que los sistemas de vigilancia existentes pueden pasar por alto los casos leves, y las tasas de letalidad se cuentan solo entre los casos confirmados por laboratorio.

Los humanos se infectan con el MERS-CoV por contacto directo o indirecto con dromedarios (*Camelus dromedarius*), que actúan como hospedadores naturales y reservorios zoonóticos del virus. El MERS-CoV ha demostrado la capacidad de transmitirse entre humanos. Hasta ahora, la transmisión no sostenida de persona a persona observada se ha producido entre contactos cercanos y en entornos de atención médica. Hasta la fecha, ha habido una transmisión limitada de persona a persona fuera del entorno de atención médica.

El MERS puede manifestarse en un espectro que va desde casos asintomáticos hasta síntomas respiratorios leves y, en casos más graves, puede provocar dificultad respiratoria aguda y la muerte. Una presentación típica de la enfermedad incluye fiebre, tos y dificultad para respirar. La neumonía es un hallazgo común, pero no siempre presente. También se han notificado síntomas gastrointestinales, incluida la diarrea. En casos graves, la enfermedad puede causar insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica y apoyo en una unidad de cuidados intensivos. El virus parece causar enfermedades más graves en personas mayores, personas con sistemas inmunitarios debilitados y personas con problemas de salud subyacentes, como enfermedad renal, cáncer, enfermedad pulmonar crónica y diabetes.

El número de casos de MERS notificados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) disminuyó sustancialmente durante la pandemia de covid. Inicialmente, esto probablemente se debió a que se priorizaron los esfuerzos de vigilancia epidemiológica de la covid. El cuadro clínico similar de ambas enfermedades puede resultar en una reducción de las pruebas y la detección de casos de MERS. Desde 2022, el Ministerio de Salud de Arabia Saudí ha estado trabajando para mejorar las capacidades de prueba para una mejor detección del MERS-CoV, incluyendo a este virus en los algoritmos de prueba de vigilancia centinela, tras los resultados negativos en las pruebas para influenza, virus sincicial respiratorio y SARS-CoV-2. Además, las medidas de salud pública implementadas para reducir la transmisión del SARS-CoV-2 –como el uso de barbijo, la higiene de manos, el distanciamiento físico, la mejora de la ventilación de los espacios interiores, la etiqueta respiratoria, el confinamiento obligatorio y la movilidad reducida– probablemente también redujeron las oportunidades de transmisión del MERS-CoV de persona a persona. Se ha planteado la hipótesis de una posible protección cruzada conferida por la infección o la vacunación contra el SARS-CoV-2 y cualquier reducción de la infección por MERS-CoV o la gravedad de la enfermedad y viceversa, pero requiere más investigación.

Actualmente no hay ninguna vacuna o tratamiento específico disponible, aunque se están desarrollando varias vacunas y terapias específicas contra el MERS-CoV. El tratamiento es de apoyo y se basa en la condición clínica y los síntomas del paciente.

Los casos de difteria y de malaria se han extendido ampliamente en el sur de Argelia, con cientos de infectados, y han comenzado a representar una amenaza real para la salud de la población. La situación llevó al Ministerio de Salud, Población y Reforma Hospitalaria de Argelia a emitir un comunicado tranquilizador confirmando que “todos los casos están siendo tratados según los protocolos terapéuticos vigentes; se garantiza el seguimiento diario de la situación epidemiológica a nivel central y local”.

Por su parte, el director general de Prevención y Promoción de la Salud del ministerio, Jamal Fourar, reveló la existencia de un importante stock de medicamentos para combatir estas enfermedades que han aparecido recientemente en algunas provincias del sur de Argelia, especialmente en las de Tamanrasset y Ain Guezzam.

El ministerio envió el 27 de septiembre un comité médico y un avión cargado con grandes cantidades de medicamentos, sueros antidiftéricos y el equipo de protección necesario a Tamanrasset, Ain Guezzam y Bordj Badji Mokhtar.

El comité de expertos evaluará la situación actual y proporcionará una parte de los medicamentos y los sueros antidiftéricos. Está previsto que se envíe una segunda misión el 29 de septiembre.

Jamal Fourar confirmó que el país tiene un control total sobre los casos de ambas enfermedades, y añadió que los nuevos casos registrados provienen de países del Sahel, como Níger y Malí, y señaló que Argelia obtuvo en 2019 la certificación de la Organización Mundial de la Salud de la eliminación de la malaria endémica.

En cuanto a las medidas preventivas, Fourar informó que el ministerio ha realizado tres campañas de vacunación desde 2023 contra la malaria y la difteria, lo que contribuyó a proteger a los ciudadanos de estas enfermedades.

Por su parte, el senador argelino Brahim Akadi aseguró que 100 personas han muerto en las provincias de Bordj Badji Mokhtar y Ain Guezzam, fronterizas con Mali y Níger, y alertó de que el número podría aumentar.

Akadi acusó a los responsables locales y de salud de “ignorar la situación epidémica” y señaló la falta de medios sanitarios en estas regiones desérticas del sur de Argelia, a casi dos mil kilómetros de la capital, Argel.

“¿Cómo explicamos la muerte de 100 personas hasta ahora, si no es por la falta de medidas y la incompetencia?”, señaló Akadi.

La cuenta de Facebook del estado de Ain Guezzam afirmó que la difteria se había cobrado la vida de 15 niños.

Las autoridades atribuyeron la propagación de las epidemias a las lluvias, que provocaron la formación de charcos y pantanos, así como a la transmisión de la enfermedad desde los campos para desplazados de Mali a lo largo de la frontera sur del país.

La Media Luna Roja argelina lanzó un llamamiento a profesionales, médicos y enfermeros voluntarios para participar en los convoyes médicos que están llegando a la zona.

La enfermedad por el virus de Marburg causó la muerte de 11 personas en Rwanda, dijeron las autoridades de salud, mientras la nación del este de África sigue investigando el origen de un brote detectado por primera vez entre pacientes de centros sanitarios.

Son 36 los casos confirmados de la enfermedad, que se manifiesta como la enfermedad por el virus del Ébola, y 25 de ellos están en aislamiento, según el último parte del gobierno ruandés.

Rwanda declaró el brote el 27 de septiembre, y un día después reportó seis decesos. Las autoridades explicaron entonces los primeros casos se dieron entre pacientes de centros sanitarios y que había una investigación en marcha “para determinar el origen de la infección”.

La fuente seguía sin estar clara días después, lo que ha elevado el temor al contagio en el pequeño país africano. Aislar a los pacientes y a sus contactos es clave para frenar la propagación de fiebres hemorrágicas virales como la de Marburg.

Se han identificado al menos 300 personas que estuvieron en contacto con los casos confirmados, y un número no especificado de ellas está en centros de aislamiento, de acuerdo con las autoridades de salud locales.

Se instó a la población a evitar el contacto físico para frenar los contagios. La mayoría de los afectados son trabajadores de salud de seis de los 30 distritos del país.

Se cree que el virus de Marburg se origina en murciélagos frugívoros y se propaga entre los humanos a través del contacto con los fluidos corporales de los enfermos, o con superficies como sábanas contaminadas. Sin tratamiento, la enfermedad puede ser letal para hasta 88% de los que la contraen.

Los síntomas incluyen fiebre, dolor muscular, diarrea, vómitos y, en algunos casos, la muerte por sangrado extremo.

En el pasado se han detectado brotes y casos individuales del virus en Tanzania, Guinea Ecuatorial, Angola, República Democrática del Congo, Kenya, Sudáfrica, Uganda y Ghana, según la Organización Mundial de la Salud.

El virus se identificó por primera vez en 1967 tras causar brotes simultáneos en laboratorios en Marburg, Alemania, y en Beograd, Serbia. Siete personas fallecieron por exposición al virus mientras realizaban investigaciones con monos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el 3 de octubre el Plan Estratégico Mundial de Preparación, Disposición operativa y Respuesta (el Plan Estratégico Mundial) para hacer frente al dengue y otros arbovirus transmitidos por mosquitos *Aedes*. El Plan tiene por objeto reducir la carga de morbilidad, así como el sufrimiento y las muertes por dengue y otras enfermedades arbovirales transmitidas por *Aedes*, como la fiebre zika y la fiebre chikungunya, fomentando una respuesta mundial coordinada.



En el Plan se esbozan las medidas prioritarias para controlar la transmisión y se proponen recomendaciones a los países afectados en diversos sectores, como la vigilancia de enfermedades, las actividades de laboratorio, el control de vectores, la participación comunitaria, el manejo clínico y la investigación y el desarrollo, partiendo de un enfoque regional en el que interviene el conjunto de la sociedad.

Se estima que cuatro mil millones de personas están expuestas al riesgo de infección por arbovirus en todo el mundo y que la cifra aumentará a cinco mil millones de aquí a 2050. Los casos de dengue se han disparado en las seis regiones de la OMS y el número de casos se ha duplicado casi cada año desde 2021, con más de 12,3 millones de casos a fines de agosto del año en curso, casi el doble de los 6,5 millones de casos notificados en todo 2023.

El dengue es endémico en climas tropicales y subtropicales, especialmente en Asia Sudoriental, el Pacífico Occidental y las Américas. La situación es igualmente preocupante en África, donde los países luchan contra múltiples enfermedades en un contexto de conflictos y desastres naturales, lo que ejerce una presión adicional sobre sistemas de salud ya frágiles de por sí. En diciembre de 2023, la OMS clasificó el actual recrudecimiento mundial del dengue como emergencia de grado 3, el nivel más alto de emergencia para la OMS, con el fin de ayudar a los países a reforzar sus capacidades de vigilancia y llevar a cabo actividades de respuesta.

“La rápida propagación del dengue y de otras enfermedades arbovirales en los últimos años es una tendencia alarmante que exige una respuesta coordinada intersectorial y transfronteriza”, señaló el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Desde el mantenimiento de entornos limpios hasta el apoyo al control de vectores y la búsqueda y prestación de atención médica oportuna, todas las personas tenemos una función que desempeñar en la lucha contra el dengue. Este plan es una hoja de ruta para revertir la tendencia de esta enfermedad y otras enfermedades arbovirales transmitidas por *Aedes*, proteger a las poblaciones vulnerables y allanar el camino para un futuro más saludable”.

Factores como la urbanización no planificada y prácticas deficientes en materia de agua, saneamiento e higiene, el cambio climático y los viajes internacionales facilitan la rápida propagación geográfica del dengue. Actualmente la enfermedad es endémica en más de 130 países.

También se observan tendencias similares en otras enfermedades arbovirales, como la fiebre zika, la fiebre chikungunya y, más recientemente, la fiebre de Oropouche, especialmente en las Américas. Esta escalada mundial subraya la necesidad urgente de contar con una estrategia sólida para mitigar los riesgos y salvaguardar a las poblaciones.

El Plan Estratégico Mundial comprende cinco componentes clave que son esenciales para una respuesta eficaz a los brotes:

1. Coordinación de emergencias: Instauración de jerarquía de responsabilidades y de actividades de coordinación.
2. Vigilancia colaborativa: Establecimiento y uso de herramientas para la detección temprana y el control del dengue y otros brotes transmitidos por *Aedes*, así como el fortalecimiento de la vigilancia basada en indicadores y eventos, los análisis epidemiológicos, los diagnósticos de laboratorio y las investigaciones sobre el terreno.
3. Protección de las comunidades: Hacer partícipes a las comunidades a través de un diálogo activo y la adaptación local de las medidas de prevención y respuesta, en particular el control de las poblaciones de mosquitos.
4. Atención segura y ampliable a escala: Garantizar un manejo clínico eficaz y servicios de salud resilientes para garantizar que los pacientes puedan recibir una atención adecuada y prevenir la enfermedad y la muerte.
5. Acceso a contramedidas: Promover la investigación y la innovación para mejorar los tratamientos y las vacunas eficaces contra estas enfermedades.

El Plan se aplicará a lo largo de un año, hasta septiembre de 2025, y requiere 55 millones de dólares para apoyar las actividades de preparación, disposición operativa y respuesta en materia de salud. Está en consonancia con la [Respuesta Mundial para el Control de Vectores 2017-2030](#), una estrategia mundial para reforzar el control de vectores en todo el mundo, y con la [Iniciativa Mundial sobre Arbovirus](#), presentada en 2022, que se centra en hacer frente a los arbovirus con potencial epidémico transmitidos por mosquitos.

El Plan Estratégico Mundial es un llamamiento a la acción para que todas las partes interesadas –desde los organismos públicos y los proveedores de atención de salud hasta las comunidades y los particulares– unan fuerzas en la lucha contra el dengue y otros arbovirus transmitidos por *Aedes*, mediante la innovación, las nuevas tecnologías y la mejora de las estrategias de control de vectores.

Prohibir la venta de tabaco a los jóvenes nacidos entre 2006 y 2010 podría evitar cerca de 1,2 millones de muertes por cáncer de pulmón de aquí a fines de siglo, según un [estudio](#) reciente.

El tabaquismo es el principal factor de riesgo de cáncer de pulmón, el más frecuente y mortal en el mundo.

El estudio calcula que de aquí a fines de siglo podrían producirse más de 2,95 millones de muertes por cáncer de pulmón entre las personas nacidas entre principios de 2006 y fines de 2010, una franja de población que suma más de 650 millones de personas.

Esas muertes por cáncer de pulmón no solamente se deben al tabaco, sino a otros factores de riesgo como el tabaquismo pasivo o la contaminación del aire, calculan los autores.

Pero si se prohibiera la venta de tabaco para esta generación, cerca de 1,2 millones de esos 2,95 millones de muertes podrían evitarse de aquí a 2095, según un trabajo de modelización, uno de los primeros en evaluar el impacto de una “generación sin tabaco”.

En general, se podrían evitar más muertes por cáncer de pulmón en hombres (45,8%) que en mujeres (30,9%), según el estudio, que abarca 185 países y se basa principalmente en datos de mortalidad e incidencia del cáncer en los cinco continentes.

Esta tendencia probablemente esté relacionada con la mayor prevalencia y la aparición más temprana del tabaquismo en los hombres.

Sin embargo, en algunas regiones del mundo, como América del Norte, algunas partes de Europa, Australia y Nueva Zelanda, la proporción de muertes evitables gracias a esta generación sin tabaco sería mayor en mujeres que en hombres.

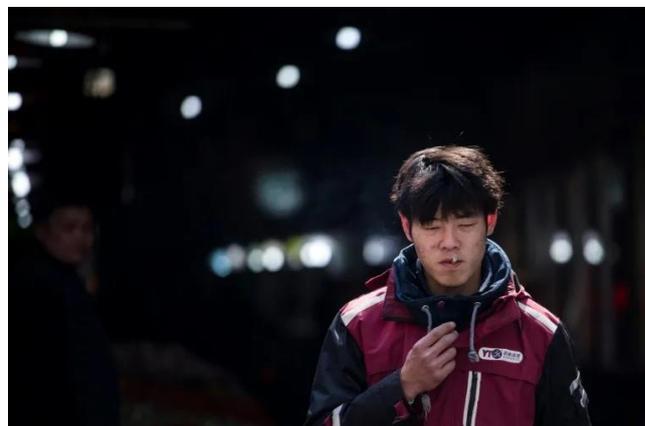
Por regiones, es entre las mujeres de Europa occidental (77,7%) y en los hombres de Europa central y oriental (74,3%) donde el porcentaje de muertes evitables es más alto.

Insuficiente

En 2023, la Conferencia Europea sobre Tabaco o Salud (ECToH) publicó una Declaración en Madrid en la que abogaba por una legislación para prohibir el consumo de tabaco entre los más jóvenes y de la publicidad en su totalidad.

Iniciativas para una “generación sin tabaco” han sido experimentadas en varios países, como Nueva Zelanda, o en diversas regiones de Australia y Estados Unidos.

En Nueva Zelanda, pionera al haber aprobado en 2022 la prohibición de vender cigarrillos a las personas nacidas después de 2008, el nuevo gobierno conservador anunció a fines de 2023 el abandono de estas medidas.



En Reino Unido, el primer ministro laborista Keir Starmer planea retomar el proyecto del conservador Rishi Sunak para que a los menores de 15 años nunca se les venda legalmente cigarrillos.

La polémica radica en la legalidad de prohibir el consumo de una sustancia a jóvenes una vez que llegan a la edad adulta.

Por otro lado, una política de “generación sin tabaco” no será suficiente para enfrentar el flagelo del tabaquismo, subrayan los autores del estudio.

Para reducirlo, insisten en la importancia de las medidas ya implantadas, como el aumento de impuestos, los lugares libres de humo o el apoyo para dejar de fumar.

La influenza aviar es una amenaza global, latente e inquietante. El nivel de alarma se ha elevado a raíz de los recientes casos confirmados y registrados de transmisión del virus A(H5N1) desde las vacas a los humanos y de los posibles casos de transmisión entre personas en Estados Unidos, actualmente en estudio.

Desde el brote inicial del virus de la influenza aviar altamente patógena A(H5N1) en 1959 entre aves de corral en Escocia y su posterior transmisión a los humanos en 1997, en Hong Kong, el panorama ha cambiado considerablemente.



La aparición y expansión mundial de los virus de la influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) del linaje H5 A/goose/Guangdong/1/96 (GsGd) han producido epizootias –enfermedades contagiosas que atacan a un número elevado e inusual de animales– repetidas en aves silvestres y poblaciones de aves de corral a nivel mundial, incluida la región antártica. El escenario, que incluye a cientos de millones de aves muertas por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en los últimos años, era ya de por sí preocupante, por el impacto ecológico y el peligro que suponía. Por desgracia, la situación ha ido empeorando, porque el virus ha seguido propagándose y ha generado una panzootia –una pandemia en animales–, infectando a mamíferos terrestres y marinos silvestres, así como a animales domésticos, de compañía y de granja.

La mayoría de los virus A(H5N1) caracterizados genéticamente desde el año 2020 pertenecen al clado 2.3.4.4b, con algunas excepciones regionales. Otros virus A(H5N1) circulantes pertenecen al clado 2.3.2.1a o al clado 2.3.2.1c. Lo cierto es que el evento panzoótico en curso causado por el virus A(H5N1) puede ser considerado uno de los más importantes de la historia en términos de pérdidas económicas, áreas geográficas afectadas y número de especies y animales individuales infectados.

Influenza aviar en las vacas

Recientemente el virus dio un paso más. El 25 de marzo de 2024, se informó de que por primera vez el virus A(H5N1) había sido detectado en muestras de leche no pasteurizada y en la garganta del ganado lechero en Estados Unidos. Era la primera vez que se detectaba el virus de la influenza aviar A(H5N1) en vacas.

En las semanas posteriores, siguieron notificándose casos de influenza A(H5N1) en ganado lechero que mostraba signos clínicos, aunque también hubo casos sin enfermedad aparente.

El contagio inesperado de las vacas no es una buena noticia. Hasta el 2 de octubre de 2024, catorce estados de Estados Unidos habían notificado brotes en vacas lecheras y el número de rebaños lecheros afectados ascendía a 243.

Los análisis de datos de las secuencias de los virus de vacas lecheras infectadas sugieren un único evento de transmisión desde un ave infectada con un virus A(H5N1) del clado 2.3.4.4b a una única vaca lechera. El evento, estiman, ocurrió a finales de 2023 o principios de 2024.

Hasta ahora, este clado no ha sido detectado en ganado lechero fuera de Estados Unidos. Los datos parecen indicar que el A(H5N1) se ha adaptado a la perfección a un nuevo hospedador: las vacas. Y la elevada presencia del virus en las glándulas mamarias y la leche de estos animales sugiere que la contaminación de las máquinas utilizadas en el ordeño pueda haber jugado un papel importante en la transmisión del patógeno.



Menos leche y con mal aspecto

Aunque todavía está por dilucidar de qué manera se transmite el virus entre las vacas, estudios recientes han demostrado que el tejido mamario de estos animales tiene receptores para el A(H5N1), lo que podría hacerlo susceptible a la infección.

Desde luego, el problema adquiere una dimensión económica relevante porque, aunque las vacas infectadas no enferman gravemente, producen menos leche y de apariencia no grata para el consumidor. Dado el tamaño y el poder de la industria lechera estadounidense, esta circunstancia podría llegar a tener una repercusión importante en la producción lechera mundial. Por suerte, se ha comprobado que la pasteurización elimina o inactiva al virus, por lo que se recomienda no consumir leche sin pasteurizar.

El brote actual de influenza A(H5N1) en el ganado lechero en Estados Unidos ha suscitado una gran inquietud sobre el aumento del riesgo de transmisión sostenida entre humanos. Esta alarma está justificada porque, desde abril de 2024, en Estados Unidos, han sido notificados varios casos humanos de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) que han sido asociados con la exposición a vacas lecheras enfermas. Varias de las personas infectadas manifestaron afectaciones oculares y síntomas respiratorios leves.

Si el virus se volviera endémico en las vacas, supondría un riesgo añadido y alto para la aparición de futuros casos en humanos.

El temor a que se transmita entre personas: siete casos en Estados Unidos

Por si fuera poco, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) estadounidenses investigan varios casos de personas infectadas con el virus A(H5N1) que no han tenido exposición ocupacional o inmediata conocida a animales enfermos o infectados. Entre ellas está el conocido como paciente de Missouri, la primera persona de Estados Unidos en la que no ha podido ser explicado cómo se contagió con el virus A(H5N1) altamente patógeno.

Este paciente, que tenía patologías previas, fue ingresado con dolor en el pecho, vómitos y diarrea. Aunque lo realmente preocupante es que ya hay siete casos de personas que tuvieron contacto con el paciente Missouri y desarrollaron síntomas.

Las autoridades sanitarias estadounidenses descartan, de momento, que la influenza aviar se transmita entre personas, pero resulta evidente que es prioritario aclarar si existe transmisión humana del A(H5N1) en el brote de Estados Unidos.

La mitad de los infectados fallecen

El riesgo de pandemia es preocupante porque, a nivel mundial, desde el 1 de enero de 2003 hasta el 19 de julio de 2024, fueron notificados 896 casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en 24 países. De estos 896 casos, 463 fueron mortales (tasa de letalidad de 52%, más de la mitad de los afectados).



La mejor manera de prevenir la influenza aviar A(H5N1) es evitar las fuentes de exposición siempre que sea posible. Por esta razón, por ejemplo, es aconsejable evitar el contacto directo con aves silvestres, aves de corral y otros animales enfermos o muertos, además de no tocar ni consumir leche ni productos lácteos sin pasteurizar, especialmente de animales con infección por el virus A(H5N1) confirmada o sospechosa.

Desde luego, los virus de la influenza aviar suponen un riesgo importante para la salud pública y es esencial estar preparados ante la potencial aparición de una pandemia. De ahí que ya existan programas para el desarrollo de vacunas eficaces contra el virus A(H5N1).

Vacunarse contra la influenza estacional es importante

Además, aunque la vacuna contra la influenza estacional sólo previene frente a este tipo de infección y no protege contra la influenza aviar A(H5N1), es importante que las personas que puedan estar expuestas con frecuencia a aves u otros animales infectados o potencialmente infectados se vacunen contra la influenza estacional, idealmente dos semanas antes de su posible exposición. Esto se debe a que puede reducir la prevalencia y la gravedad de la influenza estacional y podría reducir el riesgo –muy poco frecuente– de coinfección con un virus estacional humano y un virus aviar al mismo tiempo, a la vez que el riesgo teórico de que la recombinación entre los dos pueda dar lugar a un nuevo virus.

Estas infecciones duales, si bien son muy raras, podrían dar lugar teóricamente a una recombinación genética de los dos virus y originar un nuevo virus de la influenza que desencadene un importante problema de salud pública.

Estamos ante la peor crisis mundial de la historia de influenza aviar A(H5N1) y existe una incertidumbre creciente sobre el impacto que puede alcanzar en los humanos. Es prioritario elevar la vigilancia, realizar una comunicación eficiente y ágil de los nuevos casos, aumentar la transparencia y reforzar las medidas de prevención y control.

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.