



3 DE FEBRERO
2025
REC 2.899

ARGENTINA

- Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, agua y ruta fecal-oral y otras etiologías

AMÉRICA

- América Latina: La región producirá una nueva vacuna contra la neumonía
- Bolivia: Caso de fiebre hemorrágica del Chapare
- Estados Unidos: Kansas enfrenta un importante brote de tuberculosis

- Panamá: Confirmaron casos de fiebre de Oropouche en la provincia de Darién

EL MUNDO

- Angola: Aumentan los casos de cólera
- Australia: Los casos de fiebre del río Ross se triplicaron en Queensland en 2024
- España: El país se encuentra próximo a alcanzar el objetivo de eliminación de la hepatitis

- Francia - La Réunion: Ya suman más de 300 los casos de fiebre chikungunya

- India: Brote de fiebre zika en tres estados

- Nigeria: Declaran brote de fiebre hemorrágica de Lassa en el estado de Edo

- Reino Unido: Octavo caso de mpox por el clado Ib

- Reino Unido: Detectaron un caso humano de influenza aviar A(H5N1) en Inglaterra

- Uganda: Primer brote de enfermedad por el virus del Ébola desde 2022

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.

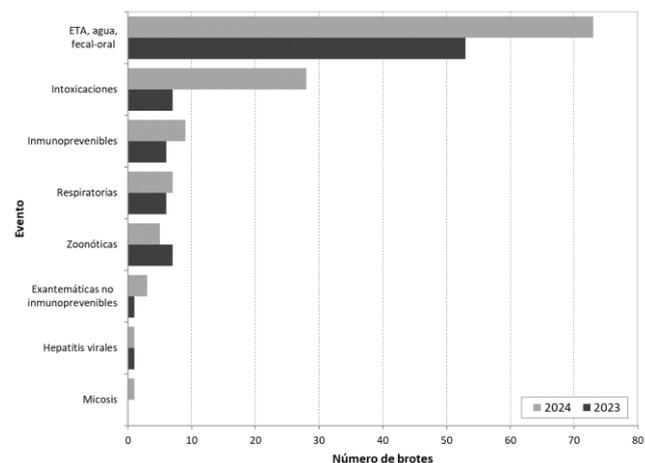
La detección temprana y el control de brotes son objetivos clave del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}), por lo que este tipo de eventos debe activar rápidamente las acciones de investigación y control necesarias para comprender y mitigar su impacto. En este contexto, las toxiinfecciones alimentarias, originadas por la ingesta de alimentos o agua contaminados, constituyen un grave problema de salud pública. Estas intoxicaciones suelen originarse por diversas variables que pueden presentarse en los procesos de producción, almacenamiento, distribución y consumo de los alimentos. Además, debido a que los agentes virales, bacterianos y parasitarios pueden estar presentes durante varios días después del inicio de los síntomas, es común que se produzca una diseminación intrafamiliar, así como también en hospitales, guarderías y otras instituciones, principalmente por transmisión fecal-oral.

Situación de brotes de cualquier etiología

En 2024 se notificaron 127 brotes en Argentina, con 3.871 casos asociados, de los cuales 423 fueron hospitalizados y hubo cuatro fallecidos. Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), agua y vía fecal-oral y las intoxicaciones fueron los grupos de eventos con más cantidad de brotes notificados en el país, registrando entre ambos 101 de los 127 brotes notificados (80%).

Aunque las enfermedades transmitidas por alimentos, agua y vía fecal-oral fueron uno de los grupos de eventos con más cantidad de brotes notificados en Argentina, en 2024 se registró una proporción menor de enfermedades transmitidas por los alimentos respecto de 2023: 73 de 127 en 2024 respecto de 53 de 81 en 2023. En relación a los brotes por intoxicaciones se notificaron en mayor proporción en el corriente año respecto del año anterior: 28 de 127 en 2024 respecto de 7 de 81 en 2023. En 2024 como en 2023 se notificó una proporción similar de brotes de enfermedades inmunoprevenibles.

En 2024 se informaron 73 brotes de enfermedad transmitida por alimentos, agua y ruta fecal-oral asociados principalmente a diarreas agudas/gastroenteritis y triquinosis. Se registró un total de 3.329 casos, 277 hospitalizados y dos fallecidos en todo el país; de estos últimos, uno



Brotes reportados según eventos. Argentina. Años 2023-2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n 2024=127; n 2023= 81).

fue debido a un evento de intoxicación alimentaria por consumo de un tóxico de origen no infeccioso y el otro fallecido corresponde a triquinelosis. La región Centro notificó poco más de la mitad de los brotes (35 de 73), seguida de Cuyo (14 de 73) y Sur (13 de 73).

Las intoxicaciones fueron, en segundo lugar, el grupo de eventos más notificado. Las regiones Centro y Sur notificaron 22 de 28 brotes. La mayoría de las notificaciones por intoxicaciones fueron por monóxido de carbono, registrándose 27 brotes: 12 en región Centro, 10 en Sur, 4 en el Noroeste Argentino (NOA) y 2 en Cuyo. También se reportó un brote de intoxicación por plaguicidas de uso doméstico.

En relación con las enfermedades inmunoprevenibles, los brotes en su mayoría fueron vinculados a varicela (6 de 9 brotes). Los brotes por enfermedades inmunoprevenibles se distribuyeron en las regiones Centro y Sur, con 5 y 4 brotes, respectivamente. En la semana epidemiológica (SE) 39 se notificó un brote de enfermedad febril exantemática que luego se confirmó como sarampión relacionado a la importación en personas no vacunadas y derivó en la publicación de una [Alerta por Sarampión en la SE 41 de 2024](#).

Respecto de los brotes de ETA, además de brotes de diarrea y triquinelosis, se notificaron tres brotes de síndrome urémico hemolítico (SUH), dos en la región Centro y uno en el NOA, todos brotes intrafamiliares, en los cuales se identificó un caso de SUH y a partir de la investigación epidemiológica se hallaron en el grupo familiar contactos asintomáticos positivos para *Escherichia coli* productora de toxina Shiga. Por otra parte, se notificaron dos brotes intrafamiliares de botulismo alimentario –uno en la región Centro y otro en Cuyo–, en los cuales se constató, luego de la investigación alimentaria, la ingesta de una conserva casera de un alimento preparado para su consumo. Las muestras de conservas fueron derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia para su estudio.

En 2024 se identificó la etiología en 24 de 44 brotes registrados de diarreas/gastroenteritis: 16 por patógenos bacterianos, siete por agentes virales y uno de coinfección viral bacteriana. Por otra parte, en tres situaciones de brote de diarreas se hallaron muestras de agua de consumo con resultados de contaminación biológica.

De los patógenos entéricos identificados en los brotes, se hallaron con mayor frecuencia entre los patógenos bacterianos *Salmonella* spp. (6 brotes) y *Shigella* spp. (5 brotes) y entre los patógenos virales norovirus (6 brotes) y rotavirus (2 brotes). También se identificó STEC en dos brotes de SUH previamente mencionados. Además, se identificaron por laboratorio *Escherichia coli* enteroagregativo (EAEC) (1 brote), Adenovirus (1 brote) y *Staphylococcus aureus* (1

Grupo de evento/Evento	Año 2023	Año 2024
Enfermedades transmitidas por alimentos	53	73
Botulismo alimentario	3	2
Diarreas/gastroenteritis	24	44
Intoxicación alimentaria	–	1
Síndrome urémico hemolítico	5	3
Triquinelosis	20	23
Exantemáticas no inmunoprevenibles	1	3
Enfermedad de manos, pies y boca	–	2
Escarlatina	1	–
Quinta enfermedad	–	1
Hepatitis	1	1
Hepatitis A	1	1
Inmunoprevenibles	6	9
Meningoencefalitis aguda	–	1
Parotiditis	1	1
Sarampión	–	1
Varicela	5	6
Intoxicaciones	7	28
Intoxicación por monóxido de carbono	6	27
Intoxicación por plaguicidas de uso doméstico	–	1
Micosis	–	1
<i>Mycobacterium abscessus</i>	–	1
Respiratorias	6	7
Tos convulsa	–	1
Covid-19	2	1
Influenza	2	3
Legionelosis	1	–
Neumonía aguda de la comunidad	–	1
Neumonía intrahospitalaria	–	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	–
Zoonóticas	7	5
Brucelosis	1	–
Fiebre Q	1	1
Leptospirosis	–	1
Psitacosis	2	2
Rabia parejante animal	–	1
Toxoplasmosis aguda	2	–
Total Argentina	81	127

Brotes según evento/grupo de eventos. Argentina. Años 2023-2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

brote). Por último, se identificó un brote de hepatitis A que involucró a personas con antecedentes de viaje a otro país.

En un brote donde se identificó norovirus como principal patógeno también se halló *E. coli* enteropatogénico (EPEC) y en un brote donde el principal agente fue rotavirus (11 de 16 muestras positivas) se hallaron también norovirus (1/16), *E. coli* diarreogénica (4/16) y muestras con coinfección viral/bacteriana (2/16).



AMÉRICA LATINA

LA REGIÓN PRODUCIRÁ UNA NUEVA
VACUNA CONTRA LA NEUMONÍA

30/01/2025

Un acuerdo entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la empresa Pfizer, el gobierno argentino y la farmacéutica Sinergium-Biotech hará posible la producción en la región de la vacuna antineumocócica conjugada PCV20, que otorga mayor protección contra una enfermedad que causa la muerte de más de 700.000 niños menores de cinco años, 190.000 de ellos recién nacidos.

Esta posibilidad promete asegurar el acceso a menor costo y garantizar la autosuficiencia en la producción de la vacuna en América Latina. Hasta ahora, la PCV20 sólo se había introducido en 16 países ricos, incluidos España, Estados Unidos, Canadá y Alemania.

Para 2026 se prevé el inicio de la producción por parte de Sinergium-Biotech, una biofarmacéutica argentina, a través de la transferencia de tecnología del productor Pfizer. Según el gobierno argentino, con esto se espera “ampliar la cobertura nacional y exportar la vacuna a toda la región”.

Facilitada por el Fondo Rotatorio Regional de la OPS, la iniciativa prevé una distribución más rápida de la vacuna entre los países de la región. El director de la OPS, Jarbas Barbosa da Silva Júnior, dijo que esta es la primera vez que este fondo –creado hace 43 años– se utiliza para apoyar un proceso de transferencia de tecnología para vacunas.

Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 40% de los niños del mundo no están vacunados contra el neumococo, la principal bacteria responsable de la neumonía grave y la meningitis.

En América Latina y el Caribe, las vacunas antineumocócicas conjugadas PCV10 y PCV13 –compuestas por 10 y 13 serotipos, respectivamente– tuvieron impacto positivo en la prevención de enfermedades.

Sin embargo, los expertos advierten de la necesidad de vacunas más completas, como la PCV20, que amplía la protección al incluir siete serotipos adicionales, lo que ofrece mejor protección. Pero, si bien la PCV20 está aprobada para su uso en países de la región desde 2023, la vacuna aún no se había incorporado al calendario de inmunizaciones de rutina local debido a los costos. El acuerdo busca subsanar esa carencia.

“América Latina será la primera región de ingresos medios del mundo en producir y tener acceso a la nueva vacuna a un precio más bajo”, dijo Barbosa da Silva Júnior. “Todos los países que utilizan la PCV13 querrán migrar a una vacuna mejor, con el mismo precio”, agregó.

Un [estudio](#) indica que reemplazar la PCV13 por la PCV20 en niños podría prevenir más de 55.000 casos de enfermedad neumocócica invasiva, 2,5 millones de casos de neumonía y 19.000 muertes.

Barbosa da Silva Júnior no pudo informar cuáles vacunas serán producidas regionalmente por el próximo mecanismo y no reveló el valor en que se venderá la PCV20, pero dijo que el acuerdo es “ventajoso para quien concede y para quien recibe la tecnología”. El [gobierno argentino](#) dijo que espera “generar ingresos de divisas para el país por aproximadamente 100 millones de dólares”. Pfizer ganará cuota de mercado en regalías.

“Si cualquier país centroamericano negociara individualmente los precios de las vacunas, sería mucho más difícil. Con el Fondo pudimos reducir los precios negociando en conjunto”, observó Barbosa da Silva Júnior.

El director de la OPS explicó que el Fondo se abre cada año para que los países presenten sus demandas, es decir, qué vacunas quieren y en qué cantidad. “Ya estamos recibiendo pedidos, pero necesitamos consolidar la demanda”, afirmó.

La vacuna está recomendada para toda la población menor de cinco años y mayores de 65 años, así como para individuos inmunodeprimidos de cualquier edad. La pediatra Mônica Levi, presidenta de la [Sociedad Brasileña de Inmunizaciones \(SBIIm\)](#), dijo que la OPS tiene razón al invertir en la producción regional de esta vacuna. “Una vacuna que proteja contra una enfermedad que mata a los niños debería ser una prioridad en todo el mundo”.

Levi comentó que el Programa Nacional de Inmunizaciones de Brasil ofrece la PCV10 como parte del calendario infantil desde 2010, cuando la vacuna contenía los principales serogrupos que causaban enfermedades neumocócicas en la población. Sin embargo, en los últimos años, algunos serotipos han sido sustituidos por otros que no eran comunes en el país. “De ahí la necesidad de una vacuna más completa”, añadió.

La presidenta del SBIIm consideró que el acuerdo podría “garantizar el buen funcionamiento de los programas de inmunización de la región, evitar la falta temporal de vacunas y asegurar la autonomía de producción y la certeza de la cantidad que necesita cada país”, afirmó.

La PCV20 se sumará a la lista de vacunas producidas regionalmente mediante transferencia de tecnología, que incluye la vacuna contra la covid [producida](#) por la Fundación Instituto ‘Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz’ (FIOCRUZ), en Brasil, tras un acuerdo con la farmacéutica anglo-sueca AstraZeneca en 2021; la vacuna contra la influenza, producida por Sinergium-Biotech (Argentina) y el Instituto Butantan (Brasil) y exportada a la región gracias a la [transferencia de tecnología](#) de las empresas Novartis y Sanofi/Pasteur; y la vacuna contra el virus del papiloma humano, producida por el Instituto Butantan en [colaboración](#) con la empresa farmacéutica estadounidense Merck Sharp & Dohme. El FIOCRUZ negocia actualmente con el laboratorio japonés Takeda para producir una [vacuna contra el dengue](#).

“Estos acuerdos hacen a América Latina más independiente y aumentan su capacidad de invertir en ciencia”, afirmó Isabella Ballalai, directora de la organización [ConfiaLa](#) (Confianza en las Vacunas Latinoamérica), coordinada por la Universidad ISALUD, la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE) y la Sociedad Brasileña de Inmunizaciones (SBIIm).

Ballalai dijo que la transferencia de tecnología es una de las estrategias fundamentales para que la región tenga acceso a las vacunas. “Estamos viviendo una sobrecarga de demanda, y cuando el laboratorio ve que esa demanda ha aumentado por encima de su producción, los países ricos acaban siendo privilegiados. La producción regional nos favorece en ese sentido”, añadió la médica.

El 7 de enero de 2025, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Bolivia notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un caso de infección humana por el virus del Chapare (CHAPV) confirmado mediante laboratorio en uno de los municipios del departamento de La Paz. El paciente es un agricultor adulto de sexo masculino de entre 50 y 60 años.

El paciente presentó síntomas como fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor en las articulaciones y sangrado de encías el 19 de diciembre de 2024 y buscó atención médica el 24 de diciembre. El 30 de diciembre fue trasladado al centro de salud local del municipio debido al empeoramiento de los síntomas, donde falleció el mismo día. Se recogieron muestras de sangre el 30 de diciembre antes de su muerte y se enviaron al Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP), que confirmó la detección de CHAPV mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR específica para CHAPV) el 2 de enero de 2025.

Una investigación epidemiológica reveló factores de riesgo significativos para la transmisión de enfermedades zoonóticas, incluida una infestación grave de roedores en la casa del paciente y sus alrededores. Las condiciones ambientales, como la vivienda de madera y metal corrugado, los pisos de tierra y las plantaciones de cocoteros peridomésticos, crearon un entorno propicio para la actividad de los roedores. La ocupación del paciente como agricultor probablemente implicó la exposición a madrigueras de roedores, lo que aumentó aún más el riesgo de infección.

Se recogieron muestras de sangre de dos contactos cercanos del caso, que dieron negativo. Hasta el 13 de enero de 2025, no se han notificado casos secundarios y todos los contactos identificados siguen siendo asintomáticos. Se han aplicado medidas de salud pública, incluida la desinfección y el control de roedores, y las investigaciones están en curso. Este es el quinto brote documentado de fiebre hemorrágica del Chapare (CHHF) en Bolivia y en todo el mundo desde que se identificó el virus por primera vez en 2003.

Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias locales y nacionales implementaron las siguientes medidas de salud pública:

- **Investigación epidemiológica:** Se realizó una investigación de campo, durante la cual se detectaron heces de roedores. Estas heces no pertenecían al transmisor conocido (*Rattus rattus*). Se calculó la tasa de infestación por roedores y se encontró que era de 75%.
- **Desinfección y control de roedores:** Se realizaron medidas de desinfección y actividades de control de roedores, incluyendo el uso de raticidas, tanto en el interior como en el exterior de la vivienda.
- **Vigilancia comunitaria:** Personal de salud, en colaboración con el programa municipal de control de vectores, realizó seguimiento a familias residentes en la zona aledaña al caso, debido a la presencia de roedores en dichas localidades.

- **Participación comunitaria:** Se llevaron a cabo actividades de participación comunitaria los días 3 y 4 de enero de 2025. Estas actividades fueron planificadas por el personal de salud municipal y departamental para mejorar la concientización y la participación en los esfuerzos de respuesta.

Evaluación de riesgos de la OMS

Uno de los principales desafíos para detectar y responder a la CHHF y otras fiebres hemorrágicas sudamericanas debidas a *Mammarenavirus* es la dificultad de hacer un diagnóstico diferencial temprano debido a la falta de especificidad de la presentación clínica inicial. La CHHF y otras fiebres hemorrágicas sudamericanas debidas a *Mammarenavirus* (p. ej., fiebre hemorrágica argentina, fiebre hemorrágica boliviana y enfermedad por el virus Sabia) deben considerarse para cualquier paciente que presente síntomas sugestivos originados en áreas donde se sabe que circulan los *Mammarenavirus*. Estas enfermedades también deben ser parte del diagnóstico diferencial junto con otras enfermedades endémicas como la malaria, el dengue, la fiebre amarilla y las infecciones bacterianas. Las exposiciones ambientales, como la evidencia de actividad de roedores en el hogar o sus alrededores, el contacto con excrementos de roedores o la visita o trabajo en áreas donde prevalecen los roedores, deben considerarse cuidadosamente como factores de riesgo epidemiológicos clave. La determinación de los casos debe incluir preguntas sobre la exposición a roedores o el contacto con pacientes sospechosos de tener fiebre hemorrágica por *Mammarenavirus*. Por razones de bioseguridad, todas las muestras de casos sospechosos en regiones donde la CHHF se ha informado previamente deben manejarse como muestras de *Mammarenavirus*, incluso para el diagnóstico diferencial.

En Bolivia, la zona geográfica de riesgo se limita a las zonas rurales de la parte norte del departamento de La Paz, en particular a lo largo de un corredor selvático que va desde los municipios de Caranavi hasta Teoponte, pasando por la ciudad de Palos Blancos, donde se encuentra el reservorio. Actualmente, la CHHF se reporta solo en Bolivia. No existe un riesgo significativo de propagación internacional de la enfermedad, ya que la transmisión de persona a persona del CHAPV es posible, pero sigue siendo poco frecuente en la población general. La vigilancia continua, la concienciación pública y la adhesión a las medidas de prevención y control de la infección son fundamentales para prevenir una mayor propagación y mitigar futuros brotes.

Consejos de la OMS

La OMS recomienda mantener la vigilancia y concienciar al personal sanitario para detectar, diagnosticar y tratar los casos de fiebre hemorrágica, garantizando al mismo tiempo el estricto cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones. La vigilancia debe centrarse en la detección de casos sospechosos de fiebre hemorrágica basándose en las manifestaciones clínicas, los antecedentes de viajes y los antecedentes de exposición, adaptados al contexto epidemiológico del país o territorio. Se considera contacto a toda persona que haya tenido contacto con la sangre o los fluidos corporales de un caso sospechoso, probable o confirmado de fiebre hemorrágica durante su enfermedad. La vigilancia de los contactos debe realizarse durante un período de incubación máximo de 21 días después de la última exposición conocida.

La confirmación de laboratorio de la infección por *Mammarenavirus* se puede realizar mediante diversos métodos, incluidas las técnicas virológicas y serológicas. Sin embargo, la dinámica de las infecciones por *Mammarenavirus* (por ejemplo, la duración de la viremia frente a la aparición de anticuerpos) aún no se comprende por completo y todavía no se han validado

ensayos serológicos para CHAPV. Todas las muestras biológicas deben tratarse como potencialmente infecciosas, manipularse únicamente por personal capacitado y procesarse en laboratorios adecuadamente equipados.

Los pacientes con sospecha o confirmación de CHHF deben aislarse en una habitación individual con un lavabo y un inodoro exclusivos. El movimiento de los pacientes con sospecha o confirmación de CHHF debe limitarse; sin embargo, si es necesario que el paciente salga de la habitación, debe usar una mascarilla médica durante sus desplazamientos. Todos los trabajadores de la salud y la atención que estén en contacto cercano con un paciente con sospecha o confirmación de CHHF o que ingresen a la habitación de aislamiento deben aplicar precauciones de contacto y gotitas, incluido el uso del siguiente equipo de protección personal: bata, guantes de examen, mascarilla médica y protección ocular (gafas o máscara facial). Si se realiza un procedimiento generador de aerosoles en un paciente con sospecha o confirmación de CHHF, el procedimiento debe realizarse en una habitación de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire con presión negativa y con la puerta cerrada. Todos los trabajadores de la salud y la atención presentes en una habitación donde se esté realizando un procedimiento generador de aerosoles deben usar precauciones de transmisión aérea además de las precauciones de contacto y gotitas, incluido el uso de un respirador con máscara filtrante probada por ajuste (p. ej., N95).

La limpieza y desinfección rutinarias de la habitación de aislamiento de un paciente con sospecha o confirmación de CHHF debe realizarse tres veces al día, y la limpieza localizada debe realizarse inmediatamente cuando haya un derrame o contaminación material de sangre o fluidos corporales. La limpieza puede realizarse con agua y jabón aplicados con un paño, seguido de la desinfección con una solución de hipoclorito de sodio al 0,5%; dejando que el desinfectante permanezca húmedo e intacto en la superficie durante un tiempo de contacto de al menos cinco minutos. Todos los desechos desechables que se generan en la habitación del paciente deben manejarse como desechos infecciosos. Se recomienda embolsar la ropa de cama de las habitaciones de aislamiento y manipularla utilizando precauciones de contacto durante el transporte a las áreas de lavandería y lavarla por separado de la ropa de cama del resto del paciente. El equipo médico reutilizable utilizado en un paciente con sospecha o confirmación de CHHF debe etiquetarse como biopeligroso y manejarse adecuadamente durante el transporte y reprocesamiento en un departamento de reprocesamiento de dispositivos médicos. Se debe recomendar a los pacientes que bajen la tapa cuando realicen la descarga de agua de su inodoro exclusivo para evitar la generación de bioaerosoles.

La ribavirina se ha descrito como una opción de tratamiento para las fiebres hemorrágicas causadas por algunos *Mammarenavirus*; sin embargo, su eficacia y seguridad no se han demostrado en ensayos clínicos aleatorizados. Se recomiendan medidas de apoyo, que incluyan hidratación, descanso y tratamiento de las complicaciones. También se debe considerar la evaluación y el manejo de coinfecciones como malaria, dengue, fiebre amarilla o infecciones bacterianas.

La fiebre hemorrágica del Chapare (CHHF) es una enfermedad zoonótica poco frecuente causada por el virus del Chapare (CHAPV), un grupo de virus pertenecientes al género *Mammarenavirus* de la familia *Arenaviridae*. Estos virus se transmiten principalmente a los humanos a través de roedores infectados que actúan como sus huéspedes naturales. La transmisión humana de los *Mammarenavirus* se produce principalmente por inhalación de partículas finas de aerosol contaminadas con excrementos de roedores infectados con el virus, como orina, heces o saliva. La transmisión de persona a persona es poco común, pero se ha documentado, en particular en entornos de atención médica donde las medidas de prevención y control de infecciones son inadecuadas. Este modo de transmisión se produce a través del contacto con la sangre o los fluidos corporales de personas infectadas y puede amplificarse durante procedimientos médicos que generan aerosoles.

El período de incubación varía de 4 a 21 días, después de los cuales las personas pueden desarrollar síntomas que incluyen fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, vómitos, diarrea y, en casos graves, manifestaciones hemorrágicas. Debido a la naturaleza

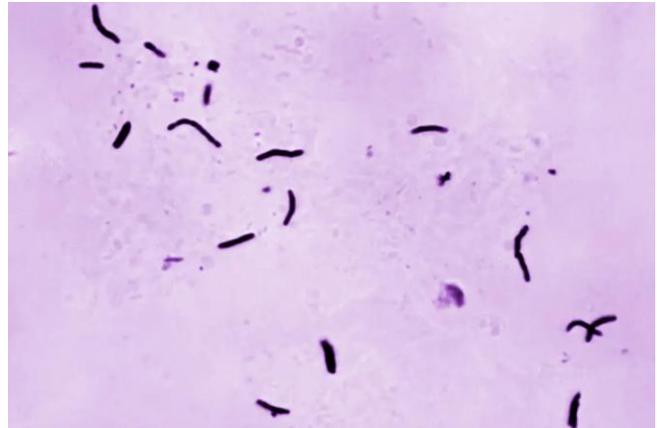
inespecífica de los síntomas iniciales, la CHHF puede ser difícil de diagnosticar, y a menudo requiere confirmación de laboratorio mediante métodos como la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real.

Actualmente, no existe un tratamiento antiviral específico para la CHHF; el manejo se centra en la atención de apoyo para aliviar los síntomas y mantener la función de los órganos vitales. Las tasas de letalidad por infecciones por CHAPV varían de 15% a 30% en pacientes no tratados, con tasas de hasta 67% durante los brotes. Las medidas preventivas hacen hincapié en la reducción de la exposición humana a las poblaciones de roedores y la implementación de prácticas estrictas de prevención y control de infecciones en los entornos sanitarios para mitigar el riesgo de transmisión.

Actualmente, se sabe que la CHHF solo ocurre en Bolivia. En los últimos 20 años, se han documentado cuatro brotes en el país. El primero se notificó en 2003 en la provincia de Chapare, departamento de Cochabamba, con un solo caso mortal. En 2019, se produjo un segundo brote en el departamento de La Paz, que dio lugar a nueve casos, incluidas cuatro muertes (tasa de letalidad de 60%). Este segundo brote fue causado por una cepa del CHAPV diferente a la identificada en 2003. El tercer brote tuvo lugar en 2021 en el departamento de La Paz, con tres casos confirmados (dos mortales). El brote más reciente ocurrió en 2024 con un caso confirmado por laboratorio, también en el departamento de La Paz.

Kansas está lidiando con lo que los funcionarios de salud del estado dicen que es uno de los brotes de tuberculosis más grandes desde la década de 1950, que ha infectado a docenas de personas.

El epicentro del brote, que comenzó en enero pasado y al que se atribuyen dos muertes en 2024, se encuentra en los condados de Wyandotte y Johnson, según el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas. Ambos forman parte del área metropolitana de Kansas City, en el este del estado.



Bacilos de *Mycobacterium tuberculosis*, el organismo responsable de causar la tuberculosis.

No está claro qué causó el brote y los funcionarios de salud estatales no respondieron de inmediato a las preguntas sobre su origen.

Si bien la agencia de salud del estado describió el riesgo para el público en general como “muy bajo”, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) tenían cuatro empleados en el lugar en Kansas hasta el 28 de enero para ayudar con la investigación, las pruebas y la detección de contactos, dijo una portavoz del centro. El equipo también estaba coordinando con los líderes de la comunidad para educar al público sobre la tuberculosis.

“Este brote aún continúa, lo que significa que podría haber más casos”, dijo Jill Bronaugh, portavoz del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, el 28 de enero.

La tuberculosis, que durante la pandemia fue superada brevemente por la covid como la enfermedad infecciosa más mortal del mundo, [recuperó esa triste distinción en 2023](#), cuando se cobró 1,25 millones de vidas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin tratamiento, que suele consistir en antibióticos, la tuberculosis puede ser mortal.

Hasta el 24 de enero, el último día en que los funcionarios de salud tenían datos disponibles, 67 personas estaban recibiendo tratamiento por casos activos de tuberculosis como parte del brote en Kansas. Hubo 60 casos en el condado de Wyandotte y siete en el condado de Johnson.

Otras 79 personas en los dos condados eran portadoras de [tuberculosis latente](#). Las personas infectadas que no tienen la enfermedad no son contagiosas, según la OMS, que estima que una cuarta parte de la población mundial está infectada con la bacteria de la tuberculosis. La OMS predice que entre 5 y 10% de esas personas eventualmente presentarán síntomas y desarrollarán la enfermedad.

En una presentación del presupuesto a la Legislatura de Kansas el 14 de enero, Ashley Goss, subsecretaria de salud pública del estado, dijo que las personas que estaban recibiendo tratamiento para la tuberculosis parecían estar recuperándose.

Kansas no es el único estado de la región que se enfrenta a la tuberculosis. En Missouri, su vecino del este, se han registrado 87 casos de la enfermedad entre el 1 y el 28 de enero, según

el Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Missouri. Treinta y tres de esos casos se detectaron en la región noroeste del estado, que incluye comunidades de la región de Kansas City, Missouri.

Si bien el brote en Kansas ha llamado la atención, no es el más grande en la historia reciente de Estados Unidos, según los CDC.

Un [brote en refugios para personas sin hogar en Georgia](#) entre 2015 y 2017 fue responsable de más de 170 casos de tuberculosis y más de 400 casos latentes.

En 2021, 113 personas en todo Estados Unidos contrajeron la enfermedad después de [recibir tejido de aloinjerto óseo contaminado](#) de un donante infectado.

El Ministerio de Salud de Panamá, a través del Departamento de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, informó a la población la detección de un brote de fiebre de Oropouche en la provincia de Darién.

El viceministro de Salud, Manuel Alberto Zambrano Chang, dio a conocer que la detección de casos positivos sugiere que el brote de fiebre de Oropouche continúa de forma activa en la zona afectada.

Zambrano Chang indicó que, de acuerdo con el reporte del Instituto Conmemorativo 'Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud, se recolectó un total de 58 muestras de pacientes febriles en el Centro de Salud de Metetí. De este total, 34 resultaron positivos para el virus de Oropouche mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa.

Los principales síntomas detectados en estas personas fueron fiebre (97% de los casos) y cefalea (94,1%).

El grupo etario de 40 a 49 años es el más afectado, con una tasa de ataque de 87,5%.

Por su parte, Blas Guillermo Armién Medianero, jefe de Epidemiología del Ministerio de Salud, indicó que los casos positivos de fiebre de Oropouche corresponden a los corregimientos de la Región de Salud de Darién, distribuidos de la siguiente manera: Metetí 27 casos; Yaviza 3 casos; Río Iglesias 2 casos; Lajas Blancas 1 caso y 1 caso por determinar.

Armién Medianero dijo que no hay un tratamiento ni vacuna específica para tratar este virus. Se recomienda reposo, hidratación y medicamentos para la fiebre alta y el dolor.

Los síntomas clínicos asociados al virus incluyen fiebre alta, cefalea, mialgia, artralgia, fotofobia y, en algunos casos, manifestaciones neurológicas leves. Aunque no suele ser mortal, el impacto en la calidad de vida y los sistemas de salud puede ser significativo debido a su elevada morbilidad. Se recomendó a la población acudir a las instalaciones de salud ante la presencia de algunos de estos síntomas.

Este virus tiene un alto potencial de propagación, particularmente en áreas tropicales y subtropicales.

El Ministerio de Salud continúa la vigilancia sanitaria en la provincia de Darién, para determinar factores de riesgos y expansión del virus a otras zonas del país e identificar potenciales vectores en la zona afectada.

El cólera continúa propagándose en Angola. Ahora, dos provincias más se han visto afectadas por el brote: Norte y Zaida registraron sus primeros casos.

En las últimas horas se han registrado 92 contagios más y tres muertes, lo que eleva el número de fallecidos a 54 y un total acumulado de 1.372 casos de la enfermedad desde principios de año.



El Ministerio de Salud considera que el brote está en fase ascendente. Pese a esta realidad, la ministra Sílvia Paula Valentim Lutucuta garantizó que están dadas las condiciones para interrumpir la cadena de transmisión.

“Estamos afinando temas relacionados con el acceso al agua potable, tanto con la colaboración de las comunidades, con la distribución de pastillas, como también de solución de cloro o hipoclorito para el tratamiento y descontaminación del agua en las comunidades. Todavía estamos en la curva ascendente, por lo tanto, todos los esfuerzos colaborativos, intersectoriales y también el apoyo comunitario son esenciales”.

El epicentro del cólera sigue siendo el municipio de Cacuaco, en la periferia norte de Luanda, donde esta semana se instalaron dos unidades de tratamiento más.

“Estamos reforzando el área de tratamiento del cólera, con la apertura de dos servicios en la comunidad, en el barrio Paraíso y otro en Monte Belo”.

El brote de cólera, que cada día registra más casos, ya está presente en siete provincias del país.

Salud de Queensland, Australia, informó de un aumento en las enfermedades transmitidas por mosquitos en 2024, pero una fue la más notable: la fiebre del río Ross.

En 2024, Salud de Queensland informó un total de 2.477 casos, más del triple de la cantidad de casos informados en 2023, que fueron 699.

El total de 2024 es el mayor reportado en Queensland desde 2020, cuando se notificaron 3.381 casos.



La Organización de Investigación Científica e Industrial de la Commonwealth (CSIRO) dijo que el clima cálido y húmedo en el estado debido a las condiciones del fenómeno de La Niña de los últimos años había favorecido la reproducción de mosquitos.

“Esto significa un mayor número de mosquitos y, lamentablemente, más oportunidades para que los mosquitos transmitan los virus”, dijo el científico principal de la investigación, Prasad Paradkar.

“Las temperaturas cálidas acortan el tiempo que tardan los virus en multiplicarse, lo que significa que los mosquitos se vuelven infecciosos más rápidamente”, agregó.

“A medida que aumentan las temperaturas, los mosquitos también pueden trasladarse a zonas que antes se consideraban inhabitables para ellos”, explicó Paradkar.

“Además, con el cambio climático se producen condiciones meteorológicas extremas que pueden introducir nuevas especies de mosquitos en nuevas zonas”.



Un reciente estudio concluyó en que España se ha unido al grupo de países que está demostrando que la “microeliminación” del virus de la hepatitis C (VHC) es posible en determinadas poblaciones, como las personas con el VIH.

Hace dos décadas, se estimaba que, en España, hasta 54% de las personas con el VIH presentaban hepatitis C activa (es decir, un resultado positivo en una prueba de ARN). Si bien las tasas eran más altas entre la población de personas usuarias de drogas inyectables (86,1%), el VHC también afectaba a la población de hombres que practican sexo con hombres [HSH] (8,1%) y también a hombres y mujeres heterosexuales (14,2%).

Sin embargo, la aparición de los antivirales de acción directa (AAD) en 2015 supuso un impulso crucial para conseguir poner fin a esa situación y alcanzar unas cifras de prevalencia realmente bajas. En este sentido, se estima que, en la actualidad, más de 99% de las personas elegibles toman el tratamiento contra el VHC, que permite curar la infección en un tiempo razonablemente corto, contribuyendo a mejorar el pronóstico de la persona y también a reducir el riesgo de transmisión de este virus.

Los datos más recientes revelan que 3,1% de las personas usuarias de drogas inyectables tenía hepatitis C activa, lo que supone un descenso de 94% respecto de la prevalencia de 2015. En cuanto a las personas heterosexuales, ninguna tenía VHC, lo que supone una caída de 100% en la prevalencia. Sin embargo, la disminución observada en la prevalencia entre HSH fue menor, en torno a 71%, probablemente debido a la existencia de conductas de riesgo que se mantienen en el tiempo y a los casos de reinfección. Por tanto, parece clara la necesidad de seguir realizando intervenciones en dicha población si se desea alcanzar la microeliminación del VHC, un objetivo que España parece estar en buen camino de lograr, como ya han anunciado países como Australia o Países Bajos.

La fiebre chikungunya se está extendiendo a cada vez más comunidades en La Réunion. Entre el 20 y el 26 de enero de 2025 se notificaron 31 casos nuevos. La comuna de Trois-Bassins notificó un caso por primera vez. Los numerosos casos aislados hacen temer la aparición de nuevos brotes en los próximos días/semanas y su extensión a todo el territorio.

A la fecha hay seis brotes activos:

- Ravine Sheunon (L'Etang Salé).
- Ligne des 400 (Saint-Pierre/Le Tampon).
- Bras Creux, Grand Bassin y Trois Mares les Bas (Tampon).
- La Vallée (Saint-Pierre).

Desde el 23 de agosto de 2024, se han registrado 339 casos autóctonos, 200 de ellos registrados en 2025. Se reportaron dos hospitalizaciones de más de 24 horas.

Debido al aumento y dispersión de los casos, y a propuesta del Director General de la Agencia Regional de Salud, Gérard Cotellon, el prefecto de La Réunion, Patrice Latron, activó el nivel 3 del dispositivo ORSEC (Organización de la Respuesta de Seguridad Civil) para arbovirosis el 13 de enero, lo que se corresponde con la circulación de una epidemia de baja intensidad.

El 27 de enero la ARS y la prefectura lanzaron una nueva campaña de comunicación, *Epidemia de chikungunya, ¡ahora es cuando debemos actuar!*, para informar sobre la enfermedad y sensibilizar a toda la población sobre las acciones correctas a tomar. La campaña se extenderá hasta febrero.

Además, se intensificaron las acciones de colaboración con municipios e intermunicipios en las zonas más afectadas por el virus. Estas acciones de saneamiento contribuirán a reducir la presencia de mosquitos, mediante el mantenimiento de los espacios públicos, operaciones en "patios vacíos" y la sensibilización de la población.



Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024, se notificó un total acumulado de 151 casos de fiebre zika en tres estados de India: Gujarat, Karnataka y Maharashtra. El estado de Maharashtra notificó un total acumulado de 140 casos a través del Programa Integrado de Vigilancia de Enfermedades (IDSP). Entre los 140 casos, la mayoría (125 casos) se notificaron en el distrito de Pune, 11 en el distrito de Ahmednagar y un caso en cada uno de los distritos de Kolhapur, Sangli y Solapur y en el área suburbana de Mumbai. Además, el estado de Karnataka notificó diez casos en 2024, siete en el distrito urbano de Bengaluru y tres en el distrito de Shivamogga. El estado de Gujarat notificó un caso en la Corporación Gandhinagar en 2024.

El número de casos de fiebre zika notificados en 2024 en el estado de Maharashtra es el más alto desde 2021 en comparación con uno, tres y 18 casos notificados respectivamente en 2021, 2022 y 2023. El número de casos notificados en el estado de Karnataka en 2024 también es el más alto notificado desde el primer caso registrado en 2022.

La Unidad Estatal del IDSP no desagrega el número de casos de fiebre zika (por ejemplo, en estado de embarazo), por lo tanto, se desconoce el número de infecciones por el virus Zika entre mujeres embarazadas.

Hasta el 31 de diciembre de 2024, no se han notificado casos de microcefalia y/o síndrome de Guillain-Barré (SGB) asociados a este brote.

Respuesta de salud pública

El 3 de julio de 2024, el Gobierno de India emitió un aviso para todos los estados tras la detección de casos de fiebre zika en el estado de Maharashtra con las siguientes medidas de salud pública:

- El IDSP en el Centro Nacional para el Control de Enfermedades tiene el mandato de vigilar y responder a más de 40 enfermedades contagiosas propensas a brotes, incluida la fiebre zika. Cada estado tiene laboratorios designados, como los laboratorios de salud pública de distrito y los laboratorios de referencia estatales, en el marco del IDSP para la investigación y vigilancia de estas enfermedades.
- Se difundieron en los Estados los Lineamientos Técnicos para el Manejo Integrado de Vectores y participación comunitaria efectiva para su implementación.
- En el marco de la Misión Nacional de Salud, se proporciona apoyo presupuestario a los estados y territorios de la Unión para actividades preventivas, como la provisión de personal que inspecciona los hogares para detectar criaderos de mosquitos y eliminarlos, la participación de activistas de salud social acreditados, insecticidas, máquinas nebulizadoras, apoyo a la capacitación y actividades de concientización.
- En Maharashtra, las autoridades estatales llevaron a cabo una vigilancia activa tras la detección de los primeros casos de fiebre zika, en particular entre las mujeres embarazadas. Se ha llevado a cabo un seguimiento estrecho de las mujeres embarazadas que dieron positivo para el virus y se han intensificado las medidas de control de vectores en las zonas afectadas.

Evaluación de riesgos de la OMS

El virus Zika puede causar grandes epidemias, en particular cuando se introduce en poblaciones inmunológicamente naïves, con una demanda sustancial del sistema de salud pública, que incluye vigilancia, manejo de casos y pruebas de diagnóstico de laboratorio diferenciales para poder distinguir la enfermedad por el virus Zika de las causadas por otros virus transmitidos por mosquitos que circulan simultáneamente, como los del dengue y la fiebre chikungunya. El virus Zika se transmite principalmente por mosquitos de la especie *Aedes*, pero también puede transmitirse de la madre al feto durante el embarazo, a través del contacto sexual, la transfusión de sangre y productos sanguíneos y el trasplante de órganos. Aunque entre 60 y 80% de las infecciones por el virus Zika son asintomáticas o solo presentan síntomas leves, la infección por el virus Zika puede causar síndrome de Guillain-Barré, microcefalia y síndrome congénito asociado al virus Zika durante el embarazo.

India notificó su primer caso de fiebre zika en el estado de Gujarat en 2016. Desde entonces, muchos otros estados –Tamil Nadu, Madhya Pradesh, Rajasthan, Kerala, Maharashtra, Uttar Pradesh, Delhi y Karnataka– han notificado casos posteriormente, pero no se ha notificado ningún caso de microcefalia asociado al virus Zika. Aunque el virus Zika no es inesperado en el estado de Maharashtra, dada la amplia distribución de los vectores –*Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*– en toda India, el número de casos de fiebre zika notificados en el estado de Maharashtra en 2024 es mucho mayor que los notificados en años anteriores y, por lo tanto, es inusual. La incidencia real de la fiebre zika podría ser mayor debido a la presentación clínica asintomática o leve en la mayoría de las infecciones por el virus Zika, combinada con un nivel variado de conciencia entre los médicos. La densidad del mosquito *Aedes* en India varía según la temporada y la ubicación, y las densidades más altas se producen durante las temporadas de monzón y posmonzón.

Consejos de la OMS

La protección contra las picaduras de mosquitos durante el día y las primeras horas de la noche es una medida fundamental para prevenir la infección por el virus Zika. Se debe prestar especial atención a la prevención de las picaduras de mosquitos en mujeres embarazadas, mujeres en edad reproductiva y niños pequeños.

Los mosquitos *Aedes* se reproducen en pequeñas acumulaciones de agua dentro y alrededor de las casas, las escuelas y los lugares de trabajo. Es importante eliminar estos lugares de reproducción de mosquitos con métodos adecuados, como cubrir los recipientes de almacenamiento de agua, eliminar el agua estancada en recipientes que la contienen, como jarrones y macetas, y limpiar la basura, los recipientes sin usar y los neumáticos usados. Las iniciativas comunitarias son esenciales para apoyar a las autoridades sanitarias locales y los programas nacionales de salud pública para reducir los lugares de reproducción de mosquitos. Las autoridades sanitarias también pueden recomendar el uso de larvicidas e insecticidas para reducir las poblaciones de mosquitos y la propagación de enfermedades. Las zonas semiurbanas deben evitar la reproducción de mosquitos *Aedes* en plantaciones de caucho y otros charcos de agua estancada.

Las personas que viajen a zonas de alto riesgo, especialmente las mujeres embarazadas, deben tomar precauciones básicas para protegerse de las picaduras de mosquitos. Entre ellas, se incluyen llevar camisas y pantalones de manga larga de colores claros, asegurarse de que las habitaciones estén equipadas con mosquiteros para evitar el ingreso de mosquitos y utilizar

repelentes de insectos que contengan N,N-dietil-meta-toluamida (DEET), IR3535 o icaridina, de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta del producto.

En las regiones con transmisión activa del virus Zika, todas las personas con sospecha de infección por el virus y sus parejas sexuales (en particular las mujeres embarazadas) deben recibir información sobre los riesgos de transmisión sexual del virus Zika.

La OMS recomienda que se proporcione a los hombres y mujeres sexualmente activos información adecuada sobre la infección por el virus Zika y se les ofrezca una gama completa de métodos anticonceptivos para que puedan tomar una decisión informada sobre si quedar embarazadas y cuándo hacerlo para prevenir el síndrome congénito asociado al virus Zika y otros posibles resultados adversos para el embarazo y el feto. Se debe informar a los hombres y las mujeres sobre el posible riesgo de transmisión sexual del virus Zika durante los tres y dos meses, respectivamente, posteriores a la infección conocida o presunta, y se les debe informar sobre el uso correcto y sistemático de preservativos o la abstinencia durante ese período de tiempo para prevenir la infección por el virus Zika por transmisión sexual.

Las mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección y no desean quedar embarazadas por temor a contraer una infección por el virus Zika deben tener acceso inmediato a servicios de anticoncepción de emergencia y asesoramiento. Las mujeres embarazadas deben practicar sexo seguro (incluido el uso correcto y sistemático de preservativos) o abstenerse de la actividad sexual durante todo el embarazo. Se debe alentar a las mujeres embarazadas a que asistan a las citas programadas y a una mejor atención y seguimiento prenatal, incluida la ecografía para detectar microcefalia y otras anomalías del desarrollo asociadas con la infección por el virus Zika durante el embarazo, de conformidad con el plan de respuesta estatal o nacional.

En las regiones donde no hay transmisión activa del virus Zika, la OMS recomienda practicar sexo seguro, lo que incluye posponer el inicio de la actividad sexual, mantener relaciones sexuales sin penetración, usar de manera correcta y sistemática preservativos masculinos o femeninos y reducir el número de parejas sexuales, o abstenerse durante un período de tres meses para los hombres y dos meses para las mujeres que regresan de zonas donde hay transmisión activa del virus Zika, a fin de prevenir la infección de sus parejas sexuales. Las parejas sexuales de mujeres embarazadas que vivan en zonas donde hay transmisión local del virus Zika o que regresen de ellas deben practicar sexo seguro o abstenerse de la actividad sexual durante todo el embarazo.

La OMS no recomienda ninguna restricción de viajes o comercio con India basándose en la información actual disponible.

El virus Zika es transmitido por mosquitos; se identificó por primera vez en Uganda en 1947 en un mono macaco Rhesus y en la década de 1950 se informó de evidencias de infección y enfermedad en humanos en otros países africanos. El virus Zika se transmite a los humanos por la picadura de mosquitos *Aedes* infectados. También se transmite de la madre al feto durante el embarazo, así como por contacto sexual, transfusión de sangre y productos sanguíneos y, posiblemente, por trasplante de órganos.

El virus Zika puede causar grandes epidemias, en particular cuando se introduce en poblaciones inmunológicamente naïves, lo que genera una demanda sustancial en el sistema de salud pública, que incluye vigilancia, manejo de casos y pruebas de diagnóstico diferencial de laboratorio, especialmente en caso de co-circulación de otras enfermedades transmitidas por mosquitos como el dengue y la fiebre chikungunya. En la mayoría de los casos, la infección por el virus Zika es asintomática o levemente sintomática y de corta duración. Sin embargo, la infección durante el embarazo se asocia con un riesgo de microcefalia y otras malformaciones congénitas en los bebés, así como parto prematuro y aborto espontáneo. Algunos adultos y niños infectados por el virus Zika pueden desarrollar complicaciones neurológicas, incluido el síndrome de Guillain-Barré, neuropatía y mielitis.

No existe un tratamiento específico disponible para la infección o enfermedad por el virus Zika.



NIGERIA

DECLARAN BROTE DE FIEBRE HEMORRÁGICA
DE LASSA EN EL ESTADO DE EDO

24/01/2025

El Comisionado de Salud del estado de Edo, Dr. Cyril Adams Oshiomhole, declaró oficialmente un brote de fiebre hemorrágica de Lassa en el estado. El anuncio se realizó el 24 de enero durante una reunión con las principales partes interesadas, incluidos representantes del Centro de Control de Enfermedades de Nigeria (NCDC), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros socios de salud pública.

Esta declaración se produjo tras la confirmación de varios casos mediante pruebas de laboratorio. En 2024, el estado registró 3.270 casos sospechosos, de los cuales 292 fueron confirmados positivos, lo que provocó 41 muertes y una tasa de letalidad de 14,0%. Esto representó una mejora en comparación con 2023, que registró 3.764 casos sospechosos, 372 casos confirmados y 65 muertes, con una tasa de letalidad de 17,5%. El año 2025 registra hasta la fecha 336 casos sospechosos, de los cuales 36 han sido confirmados positivos, con 8 muertes y una tasa de letalidad de 22,2%.

Dijo que, para abordar el brote, el Equipo de Gestión de Respuesta a Emergencias de Salud Pública del Estado activó su Estructura de Gestión de Incidentes (IMS).

Las medidas de emergencia incluyen una mejor vigilancia de la enfermedad, la ampliación de los centros de tratamiento, campañas de concienciación pública, prevención y control de infecciones y el fortalecimiento de las colaboraciones con organizaciones de salud locales e internacionales. Los trabajadores de la salud también recibirán equipo de protección y capacitación sobre el manejo de la fiebre hemorrágica de Lassa.

Oshiomhole destacó la importancia de la vigilancia pública y la notificación temprana de síntomas como fiebre, debilidad, dolor de cabeza, vómitos o sangrado. Se recomendó a los residentes que adoptaran prácticas preventivas como una higiene adecuada, control de roedores y almacenamiento seguro de alimentos para frenar la propagación de la enfermedad.

La fiebre hemorrágica de Lassa es endémica en el estado de Edo, y es un problema recurrente de salud pública.

El comisionado expresó su confianza en la disposición del estado para reducir aún más las muertes en 2025, con el objetivo de lograr una tasa de letalidad de un solo dígito o cero. El gobierno reafirmó su compromiso de apoyar todas las intervenciones necesarias para contener el brote.

En Nigeria, durante las primeras tres semanas de 2025, se notificaron 843 casos sospechosos de fiebre hemorrágica de Lassa, incluidos 214 casos confirmados y un caso probable y 39 muertes entre los casos confirmados.

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) confirmó la detección de un nuevo caso de mpox por clado Ib en Inglaterra.

El caso se detectó en Londres y la persona se encuentra ahora bajo atención especializada en la unidad de enfermedades infecciosas de alto riesgo del Royal Free Hospital. Había regresado recientemente de Uganda, donde actualmente existe la transmisión comunitaria del clado Ib de la mpox. La UKHSA y el Sistema Nacional de Salud no revelarán más detalles sobre la persona.

El riesgo para la población del Reino Unido sigue siendo bajo. En el contexto del brote en algunas partes de África, se espera la ocurrencia de casos importados ocasionales del clado Ib de la mpox en el Reino Unido.

Este es el octavo caso de mpox por el clado Ib confirmado en Inglaterra desde octubre de 2024. Este caso no tiene vínculos con los casos anteriores identificados en Inglaterra.

La UKHSA y las organizaciones asociadas están haciendo un seguimiento de los contactos cercanos del caso. Se les ofrecerán pruebas y vacunas a los contactos cuando sea necesario para prevenir más infecciones y se les informará sobre cualquier cuidado adicional que necesiten si presentan síntomas o dan positivo en las pruebas.

El clado Ib de la mpox ha estado circulando en varios países de África en los últimos meses. Se han detectado casos importados en varios países, entre ellos Bélgica, Canadá, Francia, Alemania, Suecia y Estados Unidos.

Se ha realizado una amplia planificación para garantizar que los profesionales de la salud estén equipados y preparados para responder a los casos confirmados.

Al 31 de enero de 2025, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) ha confirmado ocho casos del clado Ib de la mpox en el Reino Unido.

El primer caso se notificó el 30 de octubre de 2024 y se confirmaron otros tres casos de contacto doméstico. El 29 de noviembre se notificó un quinto caso no relacionado con un viaje fuera del país.

El sexto caso se notificó el 20 de enero de 2025, y el séptimo caso el 27 de enero. Ambos casos tenían antecedentes de viaje a Uganda.

La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) confirmó un caso de influenza aviar A(H5N1) en una persona en la región de West Midlands. La transmisión de la influenza aviar de aves a humanos es poco frecuente y ya se ha producido un pequeño número de veces en el Reino Unido.

La persona contrajo la infección en una granja, donde tuvo contacto estrecho y prolongado con un gran número de aves infectadas. El riesgo para la población general sigue siendo muy bajo.



El individuo se encuentra actualmente bien y fue ingresado en una unidad de enfermedades infecciosas de alta consecuencia.

Las aves estaban infectadas con el genotipo DI.2, uno de los que circulan entre las aves en el Reino Unido esta temporada. Se trata de una cepa diferente a las que circulan entre mamíferos y aves en Estados Unidos.

Aunque no se ha demostrado que haya transmisión de persona a persona a pesar de la extensa vigilancia reciente de la influenza aviar A(H5N1), la UKHSA ha estado rastreando a todas las personas que han estado en contacto con el caso confirmado de influenza aviar. A las personas con mayor riesgo de exposición se les ha ofrecido tratamiento antiviral. Esto se hace para reducir la posibilidad de que cualquier virus al que hayan estado expuestos pueda causar la infección.

El caso se detectó después de que la Agencia de Sanidad Animal y Vegetal (APHA) identificara un brote de influenza aviar A(H5N1) en una bandada de aves. La UKHSA realizó un seguimiento rutinario de las personas que habían estado en contacto cercano con las aves infectadas.

La profesora Susan Hopkins, asesora médica principal de UKHSA, dijo: “El riesgo de influenza aviar para la población en general sigue siendo muy bajo a pesar de este caso confirmado. Contamos con sistemas sólidos para detectar los casos de forma temprana y tomar las medidas necesarias, ya que pueden producirse contagios de aves a humanos. Actualmente no hay evidencia de transmisión posterior de este caso”.

“Se recuerda a las personas que no deben tocar aves enfermas o muertas y es importante que sigan las recomendaciones del Departamento de Medio Ambiente, Alimentación y Asuntos Rurales (DEFRA) sobre la notificación de cualquier caso sospechoso de influenza aviar”, agregó.

Por su parte, la directora veterinaria del Reino Unido, Christine Middlemiss, afirmó: “Si bien la influenza aviar es altamente contagiosa en las aves, se trata de un fenómeno muy raro y muy específico de las circunstancias de estas instalaciones. Rápidamente hemos tomado medidas para limitar la propagación de la enfermedad en el lugar en cuestión. Todas las aves infectadas están siendo sacrificadas de forma humanitaria y se llevará a cabo la limpieza y desinfección

de las instalaciones siguiendo estrictas normas de bioseguridad. Esto es un recordatorio de que una bioseguridad estricta es esencial cuando se tienen animales”.

También informó que se está viendo un número cada vez mayor de casos de influenza aviar en aves tanto de granjas comerciales como de aves de traspatio en todo el país. Recalcó que implementar medidas de bioseguridad rigurosas ayudará a proteger la salud y el bienestar de las aves de la amenaza de la influenza aviar y otras enfermedades.

Andrew Gwynne, Ministro de Salud Pública y Prevención, dijo: “La seguridad del público es primordial y estamos monitoreando esta situación de cerca. El riesgo de una transmisión más amplia o continua es muy bajo, sin embargo, el Reino Unido sigue preparado y listo para responder a cualquier amenaza para la salud actual y futura. Recientemente hemos añadido la vacuna H5, que protege contra la influenza aviar, a nuestras reservas como parte de nuestros planes de preparación”.

Un enfermero falleció tras dar positivo para el virus del Ébola en la capital de Uganda, Kampala, reportó una funcionaria de salud el 30 de enero, la primera muerte registrada desde que el último brote del país terminó a principios de 2023.

El hombre, de 32 años, trabajaba en el principal centro de referencia de Kampala, el Hospital Mulago, dijo Diana Atwine, secretaria permanente del Ministerio de Salud.

Después de desarrollar fiebre, el paciente fue tratado en varios puntos del país, antes de que múltiples pruebas de laboratorio confirmaron que padecía la enfermedad por el virus del Ébola. El hombre murió el 29 de enero y se confirmó la cepa Sudán en las pruebas realizadas *post mortem*, apuntó Atwine.

Se ha identificado a al menos 44 contactos del paciente, incluyendo 30 trabajadores sanitarios y pacientes del hospital de la capital, explicó el Ministerio de Salud ugandés.

Las autoridades sanitarias tienen “pleno control de la situación”, afirmó Atwine, al mismo tiempo que instó a los ugandeses a reportar cualquier caso sospechoso.

El rastreo de contactos es clave para contener la propagación de la enfermedad por el virus del Ébola, y no hay vacunas aprobadas para la cepa Sudán del virus.

El más reciente brote en Uganda, descubierto en septiembre de 2022, mató al menos a 55 personas antes de ser declarado terminado en enero de 2023.

La confirmación de la enfermedad por el virus del Ébola en Uganda es la más reciente en una tendencia de brotes de fiebres hemorrágicas virales en la región de África oriental. Tanzania declaró un brote de enfermedad por el virus de Marburg a principios de este mes, y en diciembre, Rwanda anunció que su propio brote de enfermedad por el virus de Marburg había terminado. El brote de enfermedad por el virus de Marburg en curso en la región de Kagera, en el norte de Tanzania, ha matado al menos a dos personas, según las autoridades sanitarias locales.

El brote en Kampala podría ser difícil de contener, ya que la ciudad tiene una población altamente móvil de aproximadamente 4 millones. El enfermero que falleció había buscado tratamiento en un hospital justo fuera de Kampala y luego viajó a Mbale, en el este del país, donde fue admitido en un hospital público. Las autoridades sanitarias dijeron que el hombre también buscó los servicios de un curandero tradicional.

Emmanuel Batiibwe, un médico que ayudó a liderar los esfuerzos de Uganda para detener el brote del país en 2022, dijo que esperaba una respuesta rápida en el rastreo de todos los posibles contactos en Kampala y los otros sitios.



Personal sanitario desinfecta una tienda usada por presuntas víctimas de la enfermedad por el virus del Ébola dentro del centro de aislamiento para pacientes de esta enfermedad del Centro de Salud de la aldea de Madudu, en el distrito de Mubende, Uganda, el 1 de noviembre de 2022.

“Nuestra reacción debería ser rápida, decisiva y bien coordinada”, dijo, hablando de las lecciones aprendidas del brote de 2022, cuyo epicentro fue un pueblo en el centro de Uganda. “Ahora tenemos los medios para responder rápidamente”.

La enfermedad por el virus del Ébola, que se transmite por el contacto con los fluidos corporales de una persona infectada o con materiales contaminados, se manifiesta como una fiebre hemorrágica mortal. Los síntomas incluyen fiebre, vómitos, diarrea, dolor muscular y, a veces, sangrado interno y externo.

Los científicos no conocen el reservorio natural del virus del Ébola, pero sospechan que la primera persona infectada en un brote adquirió el virus a través del contacto con un animal infectado o debido al consumo de su carne cruda. Las autoridades ugandesas aún están investigando la fuente del brote actual.

Uganda ha registrado múltiples brotes de enfermedad por el virus del Ébola, incluyendo uno en 2000 que mató a cientos de personas. El brote que azotó África occidental entre 2014 y 2016 se cobró la vida de más de 11.000 personas, la cifra más alta de muertes por esta enfermedad.

El virus del Ébola fue descubierto en 1976 en dos brotes simultáneos en Sudán del Sur y República Democrática del Congo, donde se localizó en un pueblo cerca del río Ébola, que da nombre a la enfermedad.

Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: marzo

sadi
Sociedad Argentina
de Infectología



Curso virtual

Presente y futuro de las infecciones en trasplante de órgano sólido Una mirada latinoamericana

Directoras:
Dra. Elena Temporiti y Dra. Laura Barcán
Coordinadora:
Dra. Melisa Martínez Ríos



Otorga 53 horas cátedra y créditos para el programa de recertificación de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

Destinado a: Infectólogos/as especialistas en trasplante; Infectólogos/as generales y en formación interesados en profundizar estos temas. Trasplantólogos/as; Internistas que asisten a estos pacientes.

Módulo 1 | Generalidades que aplican a todos los TOS

- ✓ Línea de tiempo de las infecciones: ¿todo sigue igual? *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Inmunosupresión: nuevas drogas, nuevos riesgos de toxicidad. *Dra. Natalia Pujato, Argentina.*
- ✓ Infecciones derivadas del donante. *Dra. Patricia Giorgio, Argentina.*

Módulo 2 | Infecciones específicas en TOS (I)

- ✓ Organismos multirresistentes: un enemigo muy actual. *Dra. Jimena Prieto, Uruguay.*
- ✓ Enfermedad de Chagas. *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Micobacterias y TOS. *Dr. Jackes Simkins, Estados Unidos / Venezuela.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Módulo 3 | Infecciones específicas en TOS (II)

- ✓ CMV: ¿hemos avanzado en algo? *Dra. Elena Temporiti, Argentina.*
- ✓ Infecciones Fúngicas Invasivas y TOS: Anfotericinas, Azólicos, Equinocandinas: estrategias de tratamiento. ¿Algo nuevo? *Dr. Daniel Zapata, México.*
- ✓ ITU en Trasplante renal: una puesta al día. *Dra. Melisa Martínez, Argentina.*

Módulo 4 | Prevención de enfermedades y multirresistencia en TOS

- ✓ Arbovirosis: una epidemia que golpea a América latina. *Dra. Ligia Pierotti, Brasil.*
- ✓ Vacunas y TOS: ¿cuál es el calendario? *Dra. Astrid Smud, Argentina.*
- ✓ Stewardship en TOS. Tratamientos orales en infecciones severas y Tratamientos acortados: ¿es eso posible? *Dra. Laila Woc Colburn, Atlanta / Guatemala.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Completando el curso obtendrás un certificado con **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 reportee-epidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.