



ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la sífilis congénita
- Posicionamiento sobre la gravedad asociada a una segunda infección por el virus Dengue
- Buenos Aires: Alerta ante la detección de cinco casos de hantavirus y un fallecimiento

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por fiebre amarilla
- Brasil: Caso humano de rabia en Ceará
- Cuba: La fiebre de Oropouche se extiende por todo el país
- Estados Unidos: La tasa de tuberculosis de Alaska permanece elevada
- Estados Unidos: Descubren en Alabama un novel henipavirus vinculado a los virus Hendra y Nipah

EL MUNDO

- España: La contaminación atmosférica se asocia con más ingresos hospitalarios por infecciones respiratorias de vías bajas
- India: Brote de casos de síndrome de Guillain-Barré vinculados a *Campylobacter jejuni*
- Níger: El primer país de la región africana en eliminar la oncocercosis
- Senegal: Brote de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- Sudáfrica: Alarma en las clínicas de VIH por la suspensión de la ayuda
- Uganda: Brote de enfermedad por el virus Sudán

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.

Durante el periodo 2019/2024, se notificó en Argentina al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) un total de 6.235 casos de sífilis congénita.

Los casos y tasas de sífilis congénita muestran una tendencia creciente entre 2019 y 2023. Si bien en 2024 se observa una aparente disminución, es importante considerar que los datos de este último año aún no están cerrados, dado que el proceso de seguimiento de recién nacidos expuestos a *Treponema pallidum* puede llevar tiempo hasta confirmar o descartar un caso.

No obstante, aunque a nivel nacional y en todas las regiones se observa un incremento en las tasas al comparar el año inicial (2019) con el final del período analizado (2024), la magnitud de dicho aumento varía considerablemente entre las regiones. Estas diferencias sugieren heterogeneidades regionales en la dinámica de transmisión, la implementación de estrategias de prevención y diagnóstico, y/o en la cobertura de los sistemas de notificación.

Provincia/Región	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	89	2,62	66	2,35	70	2,69	74	3,00	51	2,13	38	1,58
Buenos Aires	332	1,46	231	1,21	370	1,95	489	2,81	514	3,17	324	2,00
Córdoba	61	1,20	51	1,15	52	1,18	28	0,67	101	2,65	87	2,28
Entre Ríos	9	0,47	3	0,18	2	0,12	5	0,33	11	0,78	13	0,92
Santa Fe	16	0,34	3	0,08	5	0,12	12	0,29	28	0,74	20	0,53
Centro	507	1,34	354	1,10	499	1,56	608	2,05	705	2,55	482	1,75
Mendoza	77	2,81	9	0,38	12	0,52	61	2,87	110	5,49	88	4,39
San Juan	58	4,62	52	4,75	116	10,41	118	11,32	134	13,68	95	9,70
San Luis	3	0,45	1	0,17	1	0,17	11	1,98	13	2,62	13	2,62
Cuyo	138	2,96	62	1,54	129	3,22	190	5,10	257	7,39	196	5,63
Corrientes	88	4,85	50	3,02	12	0,76	56	3,89	162	11,37	58	4,07
Chaco	14	0,63	54	2,92	28	1,50	53	2,93	3	0,18	32	1,91
Formosa	12	1,17	79	8,57	1	0,11	10	1,18	10	1,21	—	—
Misiones	9	0,39	6	0,28	4	0,19	4	0,20	6	0,32	5	0,26
Noreste Argentino	123	1,67	189	2,89	45	0,71	123	2,03	181	3,11	95	1,63
Catamarca	24	4,19	1	0,20	—	—	11	2,30	39	9,18	70	16,48
Jujuy	4	0,39	6	0,66	2	0,24	6	0,77	9	1,22	22	2,99
La Rioja	2	0,38	—	—	—	—	25	5,69	28	6,69	3	0,72
Salta	201	8,75	145	8,04	93	4,57	104	5,56	67	3,95	70	4,12
Santiago del Estero	5	0,29	3	0,22	14	1,03	10	0,86	6	0,51	5	0,42
Tucumán	18	0,71	3	0,14	4	0,18	37	1,79	44	2,37	35	1,89
Noroeste Argentino	254	2,94	158	2,19	113	1,53	193	2,84	193	3,05	205	3,24
Chubut	15	1,91	2	0,29	2	0,31	8	1,30	3	0,55	1	0,18
La Pampa	15	3,50	3	0,80	8	2,24	16	4,57	7	2,16	1	0,31
Neuquén	—	—	3	0,37	7	0,90	9	1,20	27	3,92	20	2,90
Río Negro	2	0,20	5	0,58	5	0,62	17	2,11	9	1,22	8	1,08
Santa Cruz	4	0,85	5	1,21	7	1,98	5	1,36	4	1,27	10	3,19
Tierra del Fuego	1	0,42	—	—	2	1,14	3	1,94	—	—	2	1,39
Sur	37	0,96	18	0,54	31	1,00	58	1,90	50	1,82	42	1,53
Total Argentina	1.059	1,69	781	1,46	817	1,54	1.172	2,38	1.386	3,01	1.020	2,21

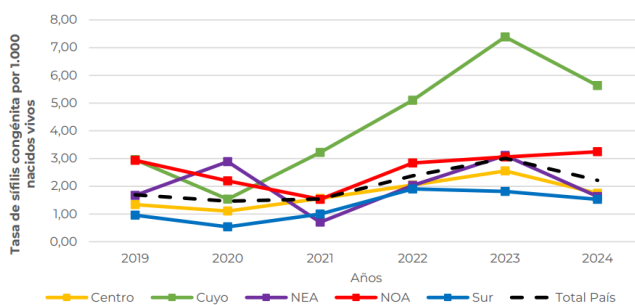
Casos de sífilis congénita y tasas cada 1.000 nacidos vivos. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=6.235).

Durante el período analizado, todas las regiones registraron sus mayores tasas de notificación de sífilis congénita en el año 2023, excepto la región Sur, que presentó una tasa de notificación muy similar a la de 2022, año en el que alcanzó el valor más alto del período.

En 2023, se observa una menor dispersión en las tasas de notificación entre las distintas regiones, lo que indica una mayor homogeneidad relativa en los niveles de incidencia. Sin embargo, la región del Noreste Argentino (NEA) se distingue por una tasa que duplica la media nacional para ese año, consolidándose como la más afectada del país.

En 2024 se observa una tendencia generalizada de descenso en las tasas de notificación regionales, con la excepción del Noroeste Argentino (NOA), donde se registra un leve incremento respecto del año previo. Pese a esta reducción, las regiones NEA y NOA continúan con valores superiores a la tasa nacional, evidenciando una mayor carga de enfermedad en estas áreas.

Del total de casos notificados en el año 2024 (1.020), el 50% (511) presentó confirmación por criterio de laboratorio, 30% (311) por criterio epidemiológico, 16% (164) por criterio clínico, 3% (32) por neurosífilis y 0,2% (2) por aborto o muerte fetal asociada a sífilis materna. A su vez, 58% de los casos (595) presentó registro de tratamiento.



Evolución de las tasas de sífilis congénita cada 1.000 nacidos vivos, según región, Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=6.235).

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*, cuyo principal reservorio es el humano, y que se adquiere principalmente por contacto sexual con una persona infectada (generalmente por el contacto con úlceras infecciosas presentes en la región genital, el ano, el recto, los labios o la boca); por transmisión perinatal por vía transplacentaria o durante el parto, o por transfusión de sangre. La transmisión sexual ocurre típicamente durante la sífilis primaria, secundaria o latente temprana.

La evolución natural y sin tratamiento de la sífilis se divide en etapas:

- Sífilis temprana: transcurre dentro del primer año de adquirida la infección e incluye los siguientes estadios: sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis latente temprana.
- Sífilis tardía: transcurre luego del primer año de adquirida la infección e incluye los siguientes estadios: sífilis latente tardía y sífilis terciaria.
- Neurosífilis: transcurre en cualquier estadio de la infección de manera sintomática o asintomática

La elección del método diagnóstico dependerá del estadio de la enfermedad, de la presentación clínica y de los antecedentes epidemiológicos.

La sífilis es considerada un problema relevante de salud pública, que dispone de medidas eficaces para su prevención, diagnóstico, tratamiento y control. El desafío sanitario es la organización integral e implementación de la respuesta para minimizar el impacto en la salud de la población.

En particular, la sífilis congénita representa una de las manifestaciones más graves de esta enfermedad, imponiendo una elevada carga de morbilidad y mortalidad. Cuando la infección en la persona gestante no es detectada ni tratada en una etapa temprana de la gestación, el riesgo de transmisión vertical alcanza a 80%, con consecuencias devastadoras para el feto, como aborto o muerte perinatal, que ocurren en hasta 40% de los casos. Y en el recién nacido, con un amplio espectro de repercusiones clínicas desde leves hasta con grave compromiso.

La eliminación de la sífilis congénita es un objetivo alcanzable mediante esfuerzos concertados que incluyan la prevención, el diagnóstico oportuno –tanto preconcepcional como en cada trimestre de la gestación– y el tratamiento adecuado de todas las personas gestantes infectadas, así como de sus parejas sexuales.



Introducción

En los últimos años, el dengue ha captado una atención significativa debido a la evolución reciente de la enfermedad a nivel mundial, regional y nacional, caracterizada por un aumento sostenido en la incidencia de casos, la expansión territorial, la persistencia de la transmisión durante todo el año en áreas que anteriormente experimentaban una interrupción en la época invernal, y un aumento en el número de casos fallecidos y las tasas de letalidad. Diversas investigaciones han intentado responder a los múltiples interrogantes que han surgido a partir de estos cambios de los últimos años. Sin embargo, la literatura existente presenta hallazgos que, en ocasiones, resultan contradictorios o insuficientemente explorados, lo que resalta la necesidad de una revisión crítica y actualizada.

El objetivo del presente documento es analizar y sintetizar los resultados de investigaciones publicadas en los últimos cinco años sobre el dengue, con especial énfasis en la relación entre gravedad y segundas infecciones. Para ello, se llevó a cabo una revisión de 12 publicaciones, identificadas a través de búsquedas en bases de datos académicas como [PubMed](#) y [LILACS](#), entre otras. Los términos de búsqueda que generaron mayor número de resultados incluyeron: “*secondary dengue*”, “*severe dengue*”, “*severe disease*”, “gravedad por dengue”, y “segunda infección por dengue y gravedad”.

En el análisis de los 12 artículos, nueve de ellos permitieron identificar una mayor gravedad en casos de segundas infecciones por dengue. No obstante, también se destacan otros determinantes de peso en la mortalidad, como la demora en la consulta médica, entre otros.

Discusión

La presentación clínica de la infección por dengue abarca un abanico que puede ir desde infecciones asintomáticas, sintomáticas con síntomas leves, casos con signos de alarma (sangrados, dolor abdominal intenso y sostenido, intolerancia oral, etc) y signos de gravedad (hepatitis, hemorragias graves, choque, etc). Un [estudio](#) de 2023 realizó un metaanálisis de 41 estudios con 131.953 casos, en el que la prevalencia global agrupada de infecciones asintomáticas por dengue fue de 59,26%, con 65,52% durante los brotes y de 30,78% durante los períodos sin brotes. La prevalencia agrupada entre los individuos con infección aguda fue de 54,52%, mientras que, entre las infecciones primarias y secundarias asintomáticas por dengue, fue de 65,36% y de 48,99%, respectivamente.

Existen diversos estudios en países con alta transmisión que señalan una asociación entre la segunda infección por dengue y los signos de gravedad. No obstante, esta presentación clínica es de muy baja frecuencia. Según los datos brindados por la Organización Panamericana de la Salud, en la región de las Américas se registró un total de 0,2% de casos graves sobre el total de casos sospechosos para el año 2023 y de 0,17% para el 2024, tanto en una primera como en una segunda, tercera o cuarta infección.

Conclusión

De la información recabada y de la consulta realizada puede concluirse que, aunque las infecciones secundarias por dengue están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad –mediadas por la amplificación de la infección dependiente de anticuerpos– la gran mayoría de los casos (más de 99,5%, tomando en cuenta los últimos datos de registro de casos totales y graves publicados por la OPS), no desarrollan formas graves.

La aparición de formas severas de dengue es multifactorial, e involucra tanto las condiciones del huésped como las características del virus, con o sin relación a infecciones previas. Esto significa que, aunque las infecciones secundarias constituyen un factor de riesgo para formas graves, aún ellas constituyen una baja proporción de casos. Inversamente, en infecciones primarias también pueden desarrollarse formas graves.

Las condiciones del huésped y las características del virus pueden influir en la determinación de formas graves, además e independientemente de las infecciones previas. También existen otros determinantes que influyen en la evolución desfavorable de los pacientes: la edad, presencia de comorbilidades, inmunogenética, consultas tardías, baja percepción de riesgo por parte de las personas, las deficiencias en la oportunidad del diagnóstico clínico, las dificultades para acceder oportunamente a los centros de salud y la falta de controles adecuados.

Recomendaciones

Frente a la aparición de síntomas compatibles con dengue (fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, malestar general, etc), la conducta es la misma para quien haya o no padecido la enfermedad previamente: comenzar con una hidratación abundante y consultar a un servicio de salud. Esto permitirá tener una evaluación adecuada con un monitoreo más estricto en quienes lo requieran.

La consulta temprana a servicios de salud preparados para responder a una demanda que suele incrementarse en poco tiempo, resulta uno de los elementos más determinantes para disminuir las consecuencias negativas que esta enfermedad puede causar durante una epidemia.

La forma de prevenir la enfermedad también es la misma para quienes hayan o no padecido la enfermedad previamente: la eliminación domiciliaria de criaderos del mosquito *Aedes aegypti* y la protección para evitar sus picaduras (mosquiteros, repelente, espirales, tabletas, ropa de manga larga, etc).

Ninguna de las medidas de prevención es 100% eficaz por sí misma, por lo que deben complementarse para una mayor protección contra la enfermedad.

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



El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires confirmó la detección de cinco casos de hantavirosis en distintas localidades bonaerenses y al menos uno en La Plata. Además, se registró el fallecimiento de uno de los pacientes infectados.

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico provincial, entre las semanas epidemiológicas 1 y 4 del año, se notificaron 28 casos sospechosos. De estos, cinco fueron confirmados, nueve continúan en estudio y 14 fueron descartados. Las infecciones se registraron en La Plata, Berisso y Pergamino.

Los pacientes infectados debieron ser hospitalizados. Dos continúan internados, dos fueron dados de alta y el quinto falleció. Las autoridades sanitarias informaron que el hombre que perdió la vida tenía 45 años, aunque no precisaron en qué ciudad ocurrió el deceso.

Según el informe oficial, la mayoría de los contagios estuvieron relacionados con la permanencia en zonas rurales, semirurales o periurbanas. Además, se advirtió que el número de casos confirmados en 2025 supera lo registrado en el mismo período del año anterior.

Los casos de infección por hantavirus ocurren esporádicamente en varias provincias de Argentina, incluida Buenos Aires. El individuo fallecido probablemente murió por el síndrome cardiopulmonar por hantavirus, aunque la noticia no menciona una enfermedad respiratoria. No hay descripción de la situación ambiental donde la infección pudo haber sido adquirida, excepto que los casos habían estado en áreas rurales, semirurales o periurbanas.

Varios hantavirus endémicos se han asociado con la infección humana en Argentina: virus Andes (oeste de Argentina, el huésped es el ratón colilargo, *Oligoryzomys longicaudatus*); virus Hu39694 (centro de Argentina; huésped roedor desconocido); Lechiguana (centro de Argentina, en el ratón colilargo chico, *O. flavescens*); virus Orán (noroeste de Argentina, en *O. longicaudatus*); y virus Bermejo (oeste de Argentina, en *O. flavescens*). Sin confirmación de laboratorio, no es posible decir con certeza qué hantavirus estuvo involucrado en estos casos de Buenos Aires.



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR FIEBRE AMARILLA

03/02/2025

Dado el aumento de casos humanos de fiebre amarilla en los últimos meses de 2024 e inicio de 2025 en países de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una [Alerta Epidemiológica](#) haciendo un llamado a los Estados Miembros con áreas de riesgo a continuar sus esfuerzos para fortalecer la vigilancia en zonas endémicas, vacunar a las poblaciones en riesgo y tomar las acciones necesarias para garantizar que los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación estén correctamente informados y protegidos contra la fiebre amarilla. Además, resaltó la necesidad de fortalecer el manejo clínico, con énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves. La OPS/OMS también recomendó disponer de dosis de reserva, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas en cada país, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes.

Resumen de la situación

En 2024, se confirmaron 61 casos de fiebre amarilla en humanos en la Región de las Américas, de los cuales 30 resultaron fatales, distribuidos en cinco países: Colombia (23 casos, incluyendo 13 fatales), Perú (19 casos, incluyendo nueve fatales), Bolivia (8 casos, incluyendo cuatro fatales), Brasil (8 casos, incluyendo cuatro fatales) y Guyana (3 casos).

En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 4, se han notificado 17 casos confirmados en humanos en tres países de la Región, de los cuales siete han resultado fatales: Brasil (ocho casos, incluyendo cuatro fatales), Colombia (ocho casos, incluyendo dos fatales), y Perú (un caso fatal).

En 2024, los casos de fiebre amarilla se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, sin embargo, los casos se concentraron principalmente en el estado de São Paulo, en Brasil, y el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países.

El estudio y modelo de proyección conocido como modelo de corredores ecológicos, desarrollados de manera colaborativa en Brasil, estimó que, para el periodo estacional 2024/2025 existe la posibilidad de propagación del virus en la región de Campinas/São Paulo, el sur del estado de Minas Gerais y la Serra da Mantiqueira. Por otro lado, el modelo combinado de favorabilidad indicó que los estados con mayores probabilidades para la ocurrencia de fiebre amarilla son, en orden de mayor a menor probabilidad, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná,

Distrito Federal, Goiás, São Paulo, Mato Grosso do Sul y Minas Gerais. Si se cumplen las proyecciones de este modelo, es posible que países como Argentina y Paraguay también se vean afectados.

Es importante destacar que la extensión territorial de estas proyecciones está limitada por los datos de ocurrencia disponibles y las incertidumbres inherentes a la modelación. A medida que se disponga de datos más actualizados, será posible ajustar el modelo con mayor precisión.

A pesar de estas limitaciones, estos modelos predictivos resultan ser una herramienta invaluable para evaluar el riesgo y definir estrategias de prevención focalizadas en las áreas con mayor probabilidad de ocurrencia.

A continuación, se presenta la situación epidemiológica de la fiebre amarilla en los países que han notificado casos confirmados en 2024 y 2025.

- **Bolivia:** En 2024 se confirmaron ocho casos (siete confirmados por laboratorio y uno por clínica y nexo epidemiológico), incluyendo cuatro casos fatales. Los casos corresponden a siete hombres y una mujer, con edades de entre 14 y 64 años, que iniciaron síntomas entre el 20 de abril y el 19 de septiembre de 2024. Solo tres de los casos presentaron antecedente de vacunación contra fiebre amarilla y todos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales, entre otras. Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el departamento de La Paz en los municipios de Caranavi (dos casos fatales), Guanay (un caso), Ixiamas (un caso fatal), Palos Blancos (un caso) e Inquisivi (un caso fatal), y en el departamento de Santa Cruz, en el municipio de Porongo (dos casos). Durante 2024, no se informaron eventos que involucraran primates no humanos muertos (epizootias). En 2025, hasta la SE 4 no se registraron casos confirmados.
- **Brasil:** En 2024 se notificaron ocho casos confirmados, incluyendo cuatro casos fatales. Los casos se notificaron en los estados de Amazonas (dos casos fatales), Pará (un caso), Minas Gerais (dos casos, incluyendo uno fatal) y en el estado de São Paulo (tres casos, incluyendo uno fatal). Los casos corresponden a hombres, con edades de entre 21 y 73 años, que iniciaron síntomas entre el 5 de febrero y el 26 de diciembre de 2024. Solo uno de los casos presentó antecedente vacunal contra la fiebre amarilla. Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el estado de Amazonas, municipio Presidente Figueiredo (un caso fatal) y Anori (un caso fatal); el estado de Pará, municipio Novo Brasil (un caso), el estado de São Paulo, municipio de Serra Negra (un caso), Joanópolis (un caso) y Socorro (un caso fatal); y el estado de Minas Gerais, municipio Monte Sião (un caso fatal) y Camanducaia (un caso). Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales, y fueron confirmados por laboratorio mediante técnica de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

En 2025, hasta la SE 4, se notificaron siete casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo cuatro fatales, todos en el estado de São Paulo. El 62% de los casos corresponde a hombres, con edades comprendidas entre los 21 y los 73 años. Los casos tuvieron como lugar probable de exposición los municipios de Socorro (cuatro casos), Tujuti (un caso) y Joanópolis (dos casos). Ninguno de los casos tenía antecedente de vacunación contra fiebre amarilla. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales o ecoturismo, y fueron confirmados por laboratorio mediante técnica RT-PCR.

Durante 2024 se informaron 1.731 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, 22 (1,3%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio (19 eventos) y por vínculo epidemiológico (tres), en los estados de São Paulo

(12), Minas Gerais (siete), Tocantins (dos) y Roraima (uno). En 2025, hasta la SE 4, se informaron 30 epizootias; de estas, 16 (53,3%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio (7 eventos) y por vínculo epidemiológico (9), en los estados de São Paulo (15) y Minas Gerais (uno).

- **Colombia:** En el periodo comprendido entre la SE 1 de 2024 y la SE 4 de 2025, se registró un total de 31 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 15 casos fatales.

En 2024, se identificaron 23 casos, incluyendo 13 fatales. Siete casos fueron reportados como probables y diez fueron detectados como resultado del diagnóstico diferencial por laboratorio de los casos con resultado negativo para dengue o con sospecha de leptospirosis, y confirmados a través de RT-PCR y/o inmunohistoquímica (en casos fallecidos). Los casos se registraron en seis departamentos: Caquetá (dos casos, incluyendo uno fatal), Huila (un caso fatal), Nariño (tres casos, incluyendo uno fatal), Putumayo (cuatro casos fatales), Tolima (12 casos, incluyendo seis fatales) y Vaupés (un caso fatal). Los casos corresponden a personas con edad de entre 11 y 89 años, quienes iniciaron síntomas entre el 3 de enero y el 21 de diciembre de 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, como áreas silvestres y boscosas, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura (15 casos), estudiante femenino de centro poblado (un caso) y extracción de piedra (un caso). De este total, 15 casos no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla.

En 2025, hasta la SE 4, se notificaron ocho casos confirmados, incluyendo dos fatales; estos casos corresponden a personas residentes en el departamento del Tolima, en los municipios de Cunday (cinco casos, incluido uno fatal), Prado (dos casos) y Purificación (un caso fatal). Los casos corresponden a personas con edad de entre 28 y 66 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 y el 21 de enero del 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura, y no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla.

El brote registrado en el departamento del Tolima a fines de 2024 y principios de 2025, ocurrió en la zona rural colindante con la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea, en cuatro municipios que son identificados de alto riesgo: Cunday (nueve casos), Prado (cuatro casos), Purificación (tres casos) y Villarrica (cinco casos). Del total de casos confirmados, 80% corresponde a hombres (16 casos) y 95% se encuentra en edades de entre 25 y 89 años, y se ha registrado un caso en una niña de 11 años. La fecha de inicio de síntomas de los casos oscila entre el 8 de septiembre de 2024 y el 22 de enero de 2025. En este brote se han reportado ocho casos fatales.

- **Guyana:** En 2024 se identificaron tres casos confirmados por laboratorio. El primer caso se identificó en Boa Vista en la SE 11, en el estado de Roraima, Brasil; se trató de un joven de 17 años, residente en la comunidad de Massara, Guyana, a 100 kilómetros de Lethem, Guyana, que limita con Bonfim, Roraima, Brasil, con antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla de más de 10 años. El caso trabaja en una zona rural de Siparuni (zona boscosa en la Región 10 – Alto Demerara-Berbice), extrayendo árboles, y presentó inicio de síntomas el 29 de febrero de 2024. El 12 de marzo, la prueba de RT-PCR confirmó la identificación del virus selvático de la fiebre amarilla por parte del Laboratorio Central de Salud Pública de Roraima. El segundo caso fue identificado en la SE 11, durante el proceso de investigación y la realización de pruebas de detección tras la identificación del caso índice. Se trató de una mujer de 21 años, con antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla de más de 10

años, residente en Siparuni, en el mismo campamento maderero de donde procede el primer caso. Inició síntomas el 13 de marzo del 2024, con un resultado positivo para fiebre amarilla mediante prueba de RT-PCR el 16 de marzo. El tercer caso fue identificado en la SE 41, correspondiente a un niño de 14 años, residente la villa Awareanau, Región N° 9; el caso tenía antecedentes de vacunación de hace más de 10 años contra la fiebre amarilla. El 7 de octubre, se tomó una muestra serológica y se confirmó la presencia de fiebre amarilla mediante prueba de RT-PCR. Todos los casos se recuperaron. Durante 2025 no se han registrado casos confirmados en Guyana.

- **Perú:** En 2024 se confirmaron 19 casos de fiebre amarilla, incluyendo nueve casos fatales. Los casos fueron confirmados en los departamentos de Huánuco, distrito de Mariano Damaso Beraún (un caso fatal); departamento de Junín, distritos Pichanaqui (dos casos) y Saitipó (un caso fatal); departamento de Madre de Dios, distrito de Tambopata (tres casos); departamento de Ucayali, distrito Padre Abad (un caso) y en el departamento de San Martín, distritos de Alto Biavo (un caso fatal), El Porvenir (un caso fatal), Shapaja (un caso fatal), Huimbayoc (un caso), Lamas (un caso fatal), Pinto Recodo (un caso), Tabalosos (un caso fatal), Moyobamba (un caso fatal), Shamboyacu (un caso), Saposoa (un caso fatal) y Tocache (un caso). Los 19 casos confirmados corresponden todos a hombres de entre 18 y 83 años, que iniciaron síntomas entre el 11 de enero y 1 de septiembre de 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas y no registran antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

En 2025, hasta la SE 4, se notificó un caso fatal confirmado, en el departamento de Huánuco, distrito de Chaglla. Se trató de un hombre de 29 años, sin antecedente de vacunación; inicio síntomas el 15 de enero (SE 3) y falleció el 22 de enero. El caso tuvo antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades agrícolas, y fue confirmado por laboratorio mediante técnica de RT-PCR, existiendo coinfección con leptospirosis.

Entre 2020 y 2023, todos los países mencionados tuvieron casos de fiebre amarilla en al menos uno de los años, excepto Guyana, que identificó casos únicamente en 2024.

Una residente de Jucás, en el interior de Ceará, fue diagnosticada con rabia humana hace una semana, unos dos meses después de ser mordida por un mono tití. En 17 años, este es el quinto caso de la enfermedad transmitida por este animal en el Estado.

Según la Secretaría de Salud (SESA) de Ceará, la paciente tiene 58 años y fue diagnosticada en el Hospital São José (HSJ), referencia en enfermedades infecciosas. Acudió por primera vez al hospital municipal de la ciudad donde reside, el 27 de enero, con náuseas, dificultad para tragar y hablar e hidrofobia.



Debido a los síntomas, característicos de la rabia humana, la mujer fue derivada al día siguiente al HSJ y permanece hospitalizada. La SESA manifestó que no podía proporcionar un informe sobre el estado clínico actual de la paciente.

Refuerzan las medidas de prevención y control

La orientación del Gobierno es que la población mantenga distancia de los animales salvajes, que no pueden ser vacunados.

“Las personas deben evitar el contacto, ya sea alimentarlos o acariciarlos. Si se observa a alguno de ellos con un comportamiento extraño y fuera del grupo, se debe avisar a la SESA o al Sector de Control de Zoonosis para realizar la correcta contención”, explicó el epidemiólogo y coordinador de la Célula de Vigilancia y Prevención de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles (CEVEP), Carlos Garcia. Lo mismo ocurre con los zorros y los murciélagos, por ejemplo.

El caso de la residente de Jucás puso al estado en alerta, ya que, desde 2008 hasta el año pasado, sólo se registraron seis casos de rabia humana en Ceará, distribuidos en los municipios de Camocim, Chaval, Ipu, Jati, Iracema y Cariús. Éste, de Jucás, es el séptimo, y fue el quinto transmitido específicamente por un mono tití, un pequeño primate normalmente encontrado, también, en los estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí y Rio Grande do Norte.

En ese contexto, la coordinadora del Grupo Técnico de Zoonosis de la SESA, Kellyn Kessiene de Sousa Cavalcante, informó que en Jucás se realizó una investigación epidemiológica y búsqueda activa de animales silvestres. Además, el equipo intensificó las acciones de educación en salud para los profesionales y agentes sanitarios que luchan contra las enfermedades endémicas.

“Estuvimos presentes y también realizamos una conferencia web sobre profilaxis pre y post exposición. Estamos trabajando de manera integrada con inmunización y control animal”, indicó la directiva.

La vacunación y el suero antirrábico son la principal forma de prevenir la rabia en los humanos. “La prevención es la mejor forma de evitar la muerte por rabia. Existe la vacunación preexposición para quienes tienen contacto frecuente con animales, como los veterinarios, y la vacunación postexposición para quienes han sufrido algún accidente”, afirmó Ruth Maria Oliveira de Araújo, directora técnica e infectóloga del HSJ.

Según la SESA, el año pasado el estado alcanzó la meta de vacunar contra la enfermedad a 2,5 millones de animales, incluidos 1,5 millones de perros y más de 900.000 gatos.

El Ministerio de Salud Pública informó que hasta el 10 de enero de 2025 se contabilizan 626 casos de fiebre de Oropouche en Cuba y 23.638 casos sospechosos. La enfermedad afecta a 73,8% de los municipios del país y se ha propagado por la totalidad de las provincias cubanas, con fuerte incidencia en Pinar del Río, Artemisa, Santiago de Cuba, La Habana, Matanzas y el municipio especial Isla de la Juventud.

Según el Dr. José Raúl de Armas, jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud Pública, 13.588 pacientes contagiados son mujeres y 10.676 son hombres. Asimismo, se han detectado 76 enfermos con síndrome de Guillain-Barré, 25 con encefalitis y 15 con meningoencefalitis. Entre los territorios con tasas más elevadas se encuentra Pinar del Río (769,3 casos cada 100.000 habitantes), seguida de Artemisa (702,3 casos cada 100.000 habitantes) y Santiago de Cuba (499,5 casos cada 100.000 habitantes).

La necesidad de controlar el brote adquiere relevancia, dado que el virus de Oropouche se ha confirmado al menos en nueve provincias. Entre sus síntomas destacan fiebre intensa, dolores musculares y cefaleas, cuadros que pueden confundirse con otras arbovirosis como el dengue. Además, se han reportado signos de neuropatía autonómica y complicaciones asociadas al sistema nervioso neurovegetativo.

Especialistas del Instituto de Medicina Tropical 'Prof. Pedro Kourí Esmeja' (IPK) alertaron sobre una elevada tasa de recaídas: más de 30% de los pacientes vuelve a presentar síntomas al cabo de 16 días desde el inicio de la enfermedad. En septiembre de 2024, el Gobierno cubano reconoció que más de 12.000 personas habían contraído la enfermedad en la Isla. Para diciembre, el virus ya estaba presente en las 15 provincias, mientras que el dengue afectaba a 13 de ellas.

La propagación del virus de Oropouche también ha traspasado fronteras. Varios viajeros infectados llevaron la enfermedad a sus países de residencia. Hasta agosto de 2024, Estados Unidos había confirmado 21 casos importados que motivaron la emisión de una alerta de viaje de nivel 2 para quienes visiten la Isla. En Europa, se reportaron 14 contagios en España y 21 en otras naciones del bloque comunitario.

El Laboratorio Nacional de Referencia de Arbovirus del IPK concluyó que la introducción del virus de Oropouche en Cuba ocurrió en el primer trimestre de 2024, posiblemente desde el estado brasileño de Acre, propagándose primero por la zona central y más tarde por el occidente y oriente del país. *Culicoides paraensis*, conocido popularmente como jején, fue identificado como el vector principal, detectado en una decena de localidades con transmisión activa, sobre todo en Santiago de Cuba, Cienfuegos y La Habana.

Las mujeres embarazadas constituyen uno de los grupos más expuestos, ya que pueden transmitir el virus al feto. El Programa Materno-infantil en Cuba asegura haber establecido protocolos especiales para ellas, con flujogramas de diagnóstico y seguimiento.

La compleja situación epidemiológica en la Isla coincide con un incremento de enfermedades como dengue y hepatitis A. Uno de los factores asociados es la acumulación de desechos en las calles, un problema al que no se le ha dado solución definitiva y que acrecienta el riesgo de brotes infecciosos. Ante esta realidad, se mantiene la preocupación de que la falta de condiciones higiénicas y la escasez de insumos agraven aún más la propagación del virus de Oropouche en todo el país.

Las tasas de tuberculosis en Alaska aumentaron ligeramente durante el 2024, continuando la larga tendencia del estado de tener las tasas más altas o casi más altas de esta enfermedad respiratoria del país, según cifras preliminares.

La tasa de tuberculosis en 2024 fue de 12,8 cada 100.000 habitantes, frente a la [tasa de 2023](#) de 10,5 cada 100.000, según las cifras preliminares presentadas en la cumbre anual de la [Asociación de Salud Pública de Alaska](#) celebrada esta semana en Anchorage. Se espera que las cifras definitivas del año se conozcan en agosto.

La asociación es la filial de Alaska de una organización nacional que representa a los trabajadores de salud pública.

De confirmarse estas cifras, la tasa de tuberculosis en 2024 habrá sido la tercera más alta en tres décadas. La tasa más alta durante ese período fue la del año 2000, con 17,2 cada 100.000 habitantes, y la segunda más alta fue la de [2022](#), cuando un aumento en los casos llevó la tasa estatal a 13 cada 100.000 habitantes.

En comparación, la tasa nacional en 2023 fue de 2,9 cada 100.000 habitantes, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Las tasas de Alaska en general han rondado en los últimos años alrededor de tres veces el promedio nacional, según datos estatales y [federales](#).

Chanda Hesson, enfermera consultora del Departamento de Salud de Alaska, que forma parte del equipo de tuberculosis del estado, describió los resultados preliminares para 2024 en una presentación el 29 de enero en la cumbre de salud pública.

“El número de casos bajó en el suroeste de Alaska, tradicionalmente la región con las tasas más altas. Pero hubo un aumento notable en Anchorage, donde la tasa de 2024 llegó a 7,2 cada 100.000 habitantes, según las cifras preliminares”, dijo Hesson. En comparación, la tasa de 2023 en la ciudad más grande del estado fue de 3,1 cada 100.000 habitantes en 2023, según la sección de epidemiología de la División de Salud Pública.

La historia se refleja en los actuales casos de tuberculosis de Alaska

“La [historia de la tuberculosis](#) de Alaska es traumática, y continúa determinando la forma en que la enfermedad se propaga y se aborda en la actualidad”, dijo Hesson.

En la primera mitad del siglo XX, las tasas de tuberculosis eran mucho más altas en todo el país que en la actualidad, pero de Alaska eran de las más altas del mundo, un legado de la introducción por parte de exploradores y colonos de otros lugares. Hasta mediados del siglo, la tuberculosis era la principal causa de muerte en Alaska. En ese momento, la tasa de casos de Alaska era aproximadamente diez veces la tasa nacional, según los registros estatales.

“En ese momento, había una enorme disparidad, y la población nativa del estado fue la más afectada”, dijo Hesson. Esa disparidad continúa. “No ha cambiado mucho en cuanto a las tasas desproporcionadas de enfermedad activa”, dijo.

Lo que ha cambiado es la eficacia del tratamiento. Las estadísticas muestran que las tasas en Alaska y en el país comenzaron a disminuir drásticamente en la década de 1950, a medida que se desarrollaban nuevos medicamentos.

Si bien los casos de tuberculosis en los 48 estados continentales tienden a ocurrir entre residentes nacidos en el extranjero que provienen de países con altas tasas de la enfermedad, “los casos de Alaska están vinculados a brotes y epidemias anteriores, incluso algunos que ocurrieron hace mucho tiempo”, explicó Hesson.

“Las personas que contrajeron infecciones transmitidas de generaciones anteriores que vivieron en las mismas áreas ancestrales pueden albergarlas durante décadas sin signos externos. Pero las infecciones latentes pueden activarse, particularmente en años más avanzados cuando los sistemas inmunológicos están más debilitados. Y esas activaciones pueden dar lugar a tasas increíblemente altas en algunas aldeas, en gran parte debido a las condiciones de hacinamiento en las viviendas rurales de Alaska”, dijo Hesson.

“Puede ser un desafío para los funcionarios de salud estatales y locales brindar atención a todas las personas que estén en contacto cercano con una persona con una infección recién activada”, dijo Hesson.

“En algún momento, cuando se tiene una comunidad pequeña, todos se convierten en un contacto de alguna manera. Estamos luchando contra años de exposición, 100 años de exposición, para personas que nunca reciben tratamiento y luego se reactivan”, dijo.

“La atención de la tuberculosis en Alaska también requiere sensibilidad hacia el trauma emocional que rodea la forma en que los funcionarios de salud trataron las epidemias pasadas. En aquellos tiempos, los funcionarios a veces enviaban a los pacientes a hospitales lejanos, sin mucha explicación o comunicación con los miembros de la familia. El estilo de atención actual, en cambio, está mucho más centrado en lo local y es más comunicativo”, dijo.

Alaska no es el único estado con tasas relativamente altas de tuberculosis.

“Las tasas de Hawai'i también tienden a ser altas en comparación con el resto del país. La historia de aislamiento y exposición de ese estado tiene paralelos con la historia de Alaska”, dijo Hesson.

El Distrito de Columbia también ha tenido algunas tasas de tuberculosis muy altas en los últimos años, en comparación con el promedio nacional, según datos de los CDC.

En Kansas, un brote en curso ha matado hasta ahora a dos personas y enfermado a docenas más.

La educación y la concientización son fundamentales para el Día de Concientización sobre la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, que se celebrará el 24 de marzo. Aunque el presidente Donald John Trump utilizó una orden ejecutiva para retirar a Estados Unidos de la Organización Mundial de la Salud, hay eventos del Día de Concientización sobre la Tuberculosis programados en otras partes del país, en California y Michigan, por ejemplo.

Los henipavirus (familia Paramyxoviridae) son virus zoonóticos cuyos hospederos son principalmente los murciélagos. Pueden cruzar las barreras de especies e infectar a varios mamíferos, incluidos los humanos; a menudo causan enfermedades respiratorias graves y encefalitis y se asocian con altas tasas de letalidad. Los dos henipavirus más notables son el virus Hendra y el virus Nipah. El virus Hendra, identificado por primera vez en Australia, ha causado brotes con tasas de mortalidad de hasta 70%. El virus Nipah se ha relacionado con numerosos brotes en el sudeste asiático, particularmente en Malasia y Bangladesh, con tasas de letalidad estimadas en 40-75%, dependiendo de la vigilancia y el manejo clínico.



Musaraña nortea de cola corta (*Blarina brevicauda*)

En 2018, los investigadores identificaron un nuevo henipavirus, el virus Langya, en pacientes de las provincias chinas de Shandong y Henan. Un total de 35 personas se infectaron con el virus Langya, presentando síntomas como fiebre, fatiga y tos y, en algunos casos, deterioro de la función hepática o renal. Hasta el momento no se han reportado muertes. La mayoría de los investigadores creen que el principal reservorio de este virus son las musarañas, pero el virus también se ha detectado en cabras y perros, lo que indica un amplio rango de huéspedes potenciales.

Un reciente [estudio](#) revela que, en 2021, investigadores que llevaban a cabo un estudio de longevidad de mamíferos capturaron cuatro musarañas nortea de cola corta (*Blarina brevicauda*; orden Eulipotyphla, familia Soricidae) en estado salvaje en Camp Hill, Auburn, Alabama, Estados Unidos. Se diseccionaron y congelaron muestras de piel, corazón, riñón, hígado y cerebro para su posterior análisis. Se detectó la presencia de un henipavirus desconocido hasta el momento, al que se denominó “virus de Camp Hill”, únicamente en los tejidos renales, lo que sugiere un tropismo renal.

El descubrimiento de un novel henipavirus en *B. brevicauda* destaca el potencial de esta especie de musaraña como reservorio zoonótico, capaz de albergar múltiples virus que suponen un riesgo para los humanos. *B. brevicauda* es un hospedador conocido del virus de Camp Ripley (género *Orthohantavirus*), un género viral asociado con enfermedades humanas graves. El virus de Camp Ripley era abundante en los tejidos de todas las musarañas individuales analizadas, lo que sugiere coinfecciones mixtas de hantavirus y henipavirus en las musarañas estudiadas. Además, un informe previo involucró a *B. brevicauda* como reservorio del virus Powassan (género *Orthoflavivirus*), que puede causar una encefalitis potencialmente mortal.

B. brevicauda se encuentra ampliamente distribuida en el centro y este de Norteamérica, desde el sur de Saskatchewan hasta las provincias atlánticas de Canadá y al sur hasta el norte de Arkansas y Georgia en Estados Unidos. A pesar de su naturaleza solitaria, estas musarañas son territoriales y muy activas, y se las encuentra comúnmente en áreas rurales y urbanas cerca de ganado, entornos agrícolas y poblaciones humanas. Aunque las musarañas tienen grandes

áreas de distribución que a veces se superponen con la actividad humana, por lo general habitan áreas boscosas con más de 50% de cobertura herbácea, lo que hace que los encuentros directos con humanos sean poco comunes.

Dadas las altas tasas de letalidad asociadas con los henipavirus, la detección del virus de Camp Hill en Norteamérica plantea inquietudes sobre eventos de propagación pasados y futuros. Se necesita más investigación sobre el potencial de infección humana y las estrategias para mitigar la transmisión. Estos hallazgos ayudan a dilucidar la prevalencia y la distribución geográfica del virus de Camp Hill en la musaraña *B. brevicauda*. Los mecanismos exactos de transmisión de los henipavirus de musarañas siguen sin estar claros, pero el contacto directo con animales infectados o sus excrementos plantea un riesgo para los humanos.

Este es el primer informe de un henipavirus detectado en musarañas norteamericanas de cola corta (*Blarina brevicauda*) en Norteamérica. Debido a que el virus de Camp Hill está relacionado taxonómicamente con los patógenos humanos Hendra, Nipah y Langya, se necesitan más estudios para determinar si existe evidencia de infección de humanos u otros animales vertebrados en la localidad donde se encontró el virus en Alabama. También sería de interés determinar la relación entre la musaraña y el virus para ver si se establece una infección crónica y si se produce la eliminación del virus en la orina, la saliva y las heces. El desafío para realizar los experimentos de laboratorio necesarios es mantener a las musarañas en cautiverio, ya que su alta tasa metabólica hace que sea extremadamente difícil mantenerlas vivas en estas condiciones. Dado que se desconoce la susceptibilidad humana al virus, existe la duda sobre el nivel de biocontención necesario para llevar a cabo tales experimentos.



ESPAÑA

LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA SE ASOCIA
CON MÁS INGRESOS HOSPITALARIOS POR
INFECCIONES RESPIRATORIAS DE VÍAS BAJAS

27/12/2024

La contaminación atmosférica es un conocido factor de riesgo de enfermedades respiratorias como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sin embargo, su contribución a las infecciones respiratorias de vías bajas –aquellas que afectan a las vías respiratorias inferiores, incluidos los pulmones, bronquios y alvéolos– está menos documentada, especialmente en adultos.



Para abordar esta laguna de conocimiento, un equipo de investigadores evaluó el efecto de la contaminación atmosférica en los ingresos hospitalarios por infecciones respiratorias de vías bajas en adultos, e investigó la existencia de subgrupos especialmente vulnerables a estas infecciones.

La investigación muestra que la exposición a largo plazo a la contaminación atmosférica por partículas en suspensión ($PM_{2.5}$ y PM_{10}), dióxido de nitrógeno y ozono se asocia con más ingresos hospitalarios por infecciones de las vías respiratorias bajas en adultos. Las asociaciones fueron más fuertes en los hombres, las personas mayores de 65 años y las diagnosticadas con hipertensión.

En el estudio participaron 3.800.000 adultos de la cohorte COVAIR-CAT, una gran cohorte de 7,7 millones de personas que utiliza datos del sistema de salud de Catalunya. Se utilizaron modelos de exposición para estimar las concentraciones medias anuales de $PM_{2.5}$, PM_{10} , dióxido de nitrógeno y ozono durante la estación cálida (mayo-septiembre) entre 2018 y 2020 en las residencias de los participantes. La información sobre ingresos hospitalarios, mortalidad y comorbilidades se obtuvo de varias bases de datos administrativas. El estudio incluyó los ingresos hospitalarios por todas las infecciones respiratorias de vías bajas y, por separado, el subgrupo de ingresos hospitalarios por influenza y neumonía. A continuación, se utilizó un modelo estadístico para evaluar la asociación entre la contaminación atmosférica y los ingresos hospitalarios.

La asociación entre la contaminación atmosférica y los ingresos hospitalarios por infecciones de las vías respiratorias bajas se observó incluso en niveles de contaminación inferiores a las directrices actuales de calidad del aire de la Unión Europea, por lo que es crucial adoptar estándares de calidad del aire más estrictos, ya que medidas más ambiciosas para reducir la contaminación atmosférica disminuirían las hospitalizaciones y protegerían a las poblaciones vulnerables.

Mayor asociación en hombres y personas de más de 65 años

La asociación entre la contaminación atmosférica y las hospitalizaciones por infecciones respiratorias de vías bajas fue más pronunciada en las personas mayores de 65 años o con comorbilidades, en comparación con las personas más jóvenes o sin comorbilidades. En concreto, los niveles elevados de contaminación atmosférica se asociaron con tasas aproximadamente tres veces superiores de ingresos hospitalarios por infecciones respiratorias de vías bajas entre las personas mayores de 65 años en comparación con las personas más jóvenes.

Además, la exposición a niveles elevados de dióxido de nitrógeno, PM_{2,5} o PM₁₀ (pero no de ozono) se asoció con un aumento de aproximadamente 50% en los ingresos hospitalarios entre los hombres, mientras que esta asociación fue de alrededor de 3% mayor en las mujeres.

Se observó el mismo patrón en los ingresos hospitalarios por influenza o neumonía, pero con asociaciones menores en comparación con las infecciones respiratorias de vías bajas. Esto se puede deber a la influencia de las vacunas disponibles contra los patógenos responsables de la influenza y la mayoría de los casos de neumonía.

El mes pasado, una maestra de escuela en la ciudad de Pune, en el oeste de la India, encontró a su hijo de seis años molesto con su tarea escolar.

“Había borrado algunas palabras y le pedí que las escribiera. Supuse que estaba enojado y que por eso no sostenía bien el lápiz”, dijo.

Ella nunca imaginó que la dificultad para sostener el lápiz era el primer signo del síndrome de Guillain-Barré (SGB), un trastorno

poco común en el que el sistema inmunológico ataca las células nerviosas, causando debilidad muscular y parálisis.

En cuestión de días, el niño se encontraba en una unidad de cuidados intensivos, sin poder mover los brazos ni las piernas. A medida que su estado empeoró, perdió la capacidad de tragar, hablar y, finalmente, respirar, por lo que necesitó asistencia respiratoria. Ahora se está recuperando.

El niño se encuentra entre los 160 casos de SGB notificados desde principios de enero en Pune, un centro educativo y de tecnología de la información rodeado de ciudades y pueblos industriales. Se han registrado cinco muertes sospechosas. Actualmente, 48 pacientes se encuentran en cuidados intensivos, 21 con respirador y 38 han sido dados de alta, según las cifras oficiales.

El SGB comienza con hormigueo o entumecimiento en los pies y las manos, seguido de debilidad muscular y dificultad para mover las articulaciones. Los síntomas empeoran en el transcurso de dos a cuatro semanas y suelen comenzar en los brazos y las piernas. La tasa de mortalidad informada varía entre 3% y 13%, según la gravedad y la calidad de la atención médica.

El brote en Pune se ha atribuido al patógeno *Campylobacter jejuni*, una de las principales causas de infecciones transmitidas por los alimentos y el mayor impulsor del SGB en todo el mundo. El vínculo entre ambos se descubrió en la década de 1990 en la China rural, donde el patógeno era común en los pollos y causaba brotes de SGB durante cada monzón, cuando los niños jugaban en agua contaminada con excrementos de pollo o pato.

El SGB no es del todo infrecuente en India. Monojit Debnath y Madhu Nagappa, del Instituto Nacional de Salud Mental y Neurociencias (NIMHANS) de Bangalore, estudiaron a 150 pacientes con SGB durante un período de cinco años entre 2014 y 2019.

Los resultados mostraron que 79% de los pacientes presentaba evidencia de infecciones previas y que un tercio de ellos dio positivo en la prueba de *Campylobacter*. Cabe destacar que las coinfecciones fueron más comunes, ya que se dieron en 65% de los casos, lo que sugiere una interacción compleja entre bacterias y virus.

Más recientemente, se han reportado brotes vinculados al patógeno en todo el mundo. En los primeros siete meses de 2023, Perú notificó más de 200 casos sospechosos y al menos cuatro



El brote en Pune se está rastreando hasta el patógeno *Campylobacter jejuni*.

muertes por SGB, lo que llevó al gobierno a declarar una emergencia sanitaria nacional y reforzar las medidas de salud pública. Dos tercios de los casos estaban relacionados con *Campylobacter*.

Según los expertos, en los países con buena higiene, hay menos casos de SGB relacionados con *Campylobacter*; y las infecciones respiratorias son un factor contribuyente importante. También ha habido otros desencadenantes. En 2015, Brasil notificó un conglomerado de casos de SGB relacionados con el virus Zika. Las vacunas rara vez pueden desencadenar el SGB, pero se informó que una vacuna contra la covid se relacionó con unos cientos de casos de SGB en el Reino Unido en 2021.



Granja avícola cerca de Pune.

“*Campylobacter* es una bacteria endémica, con cientos de miles de casos en todo momento. Siempre está presente en el ambiente”, dijo Hugh Willison, profesor de neurología en la Universidad de Glasgow.

Sin embargo, no es fácil desarrollar el SGB, afirman los científicos.

Existe una cepa específica de *Campylobacter*, que tiene una capa exterior recubierta de azúcar y, en casos raros, su estructura molecular coincide con el recubrimiento de las células nerviosas humanas.

Cuando el sistema inmunológico del paciente ataca a la bacteria, puede acabar atacando también a los nervios (un proceso denominado mimetismo molecular), lo que provoca el SGB. Sin embargo, una pequeña fracción de las cepas de *Campylobacter* tienen esta capa similar a la de los nervios.

“En Pune, es probable que circule una cepa de *Campylobacter* con esta característica molecular, y un aumento de las infecciones con esta cepa conduce, en consecuencia, a un mayor número de casos de SGB”, afirmó Willison.

La mayoría de los expertos estima que aproximadamente una de cada 100 cepas de *Campylobacter* conlleva el riesgo de padecer SGB, y una de cada 100 personas infectadas con dicha cepa desarrolla SGB, lo que hace que el riesgo general sea aproximadamente de uno en 10.000.

Esto crea lo que Willison describe como una “ruleta rusa inmunológica”, que desencadena un “tsunami neurológico agudo” que se propaga por el sistema nervioso periférico. Una vez que la respuesta inmunitaria disminuye, el ataque se atenúa, pero el cuerpo aún necesita tiempo, atención médica y apoyo para reparar el daño.

Lo que empeora las cosas es que no existe cura para el SGB.

En el SGB, el cuerpo produce anticuerpos contra *Campylobacter*, que luego atacan a los nervios. Los médicos utilizan el intercambio de plasma, un proceso que filtra la sangre para eliminar los anticuerpos dañinos, junto con la inmunoglobulina intravenosa, un anticuerpo terapéutico derivado de la sangre normal, para ayudar a reducir la gravedad de la enfermedad.

El otro desafío es que no existe una única prueba para diagnosticar el SGB. El diagnóstico, según los médicos, se basa principalmente en las características clínicas. Se presenta como una forma de parálisis que también puede ser causada por la poliomielitis, virosis o enfermedades neurológicas raras.

”El diagnóstico es una constelación de características clínicas. Es muy fácil que se produzcan diagnósticos erróneos, que no se realicen o que se realicen de forma tardía”, afirmó Willison.

El sistema de salud pública de India es desigual y plantea un desafío, ya que los médicos de las zonas rurales pueden tener dificultades para diagnosticar el SGB. Una de las razones por las que los equipos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) están en Pune es

para colaborar con los trabajadores sanitarios federales y estatales en el rastreo, la realización de pruebas y el seguimiento de los casos, y en el análisis de las tendencias para apoyar un tratamiento eficaz.

Las autoridades afirmaron que han vigilado más de 60.000 casas, recogido 160 muestras de agua para analizar y han pedido a la gente que beba agua hervida y coma alimentos frescos y limpios, y que no consuma “comida rancia ni pollo o cordero parcialmente cocidos”.

Si bien la mayoría de los casos de SGB en el mundo provienen de aves de corral poco cocidas, también puede propagarse a través del agua, de forma similar al cólera o la salmonelosis, dicen los expertos.

El agua contaminada que se utiliza para lavar o preparar comida callejera facilita la propagación de las bacterias. Es evidente que en Pune circula una cepa de *Campylobacter* con una característica molecular distintiva que afecta a un gran número de personas.

Lo que no está claro es si esto se ha debido a una contaminación a gran escala del suministro de agua o a que mucha gente ha consumido aves de corral infectadas. “Hacemos un llamamiento a la gente para que no cunda el pánico”, dice un aviso del departamento de salud. Pero ante la incertidumbre, es más fácil decirlo que hacerlo.



Sala hospitalaria especial en Pune para pacientes con síndrome de Guillain-Barré.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) felicitó a Níger por haber cumplido los criterios para la eliminación de la oncocercosis, convirtiéndose en el quinto país del mundo y el primer país de África en ser reconocido por la OMS por interrumpir la transmisión del parásito *Onchocerca volvulus*.

“Eliminar una enfermedad es un logro importante que requiere una dedicación incansable”, afirmó el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Felicitó a Níger por su compromiso de liberar a su población de esta enfermedad cegadora y estigmatizante que causa tanto sufrimiento humano entre los más pobres. Este éxito es otro testimonio de los notables avances que hemos logrado en la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas y ofrece esperanza a otras naciones que aún luchan contra la oncocercosis, demostrando que la eliminación es posible”.



La oncocercosis, conocida comúnmente como ceguera de los ríos, es una enfermedad parasitaria y es la segunda causa infecciosa de ceguera en todo el mundo, después del tracoma. Se transmite a los humanos a través de las picaduras de moscas negras infecciosas, que se encuentran principalmente en las zonas ribereñas. La enfermedad afecta principalmente a las poblaciones rurales del África subsahariana y Yemen, con áreas endémicas más pequeñas en partes de América Latina.

Esfuerzos y asociaciones eficaces dirigidos por los países

Entre 1976 y 1989, en el marco del Programa de Lucha contra la Oncocercosis en África Occidental (OCP) de la OMS, Níger adoptó medidas de control de vectores mediante la fumigación con insecticidas que redujeron significativamente los niveles de transmisión de la oncocercosis. Tras la donación de ivermectina por parte de Merck, Sharpe & Dohme (MSD), las zonas aún afectadas por la filariasis linfática se sometieron a una administración masiva de medicamentos (AMM) con ivermectina y albendazol entre 2008 y 2019, seguida de acciones de vigilancia. Dado que la ivermectina es eficaz contra ambas enfermedades y que las zonas seleccionadas para la AMM de la filariasis linfática también eran endémicas para la oncocercosis, esta intervención también contribuyó a interrumpir la transmisión del parásito *O. volvulus*.

En 2014, Níger inició evaluaciones preliminares sobre la interrupción de la transmisión de la oncocercosis, tras suspender la administración de medicamentos a dosis múltiples en la mayoría de las zonas. A continuación, se realizaron estudios entomológicos y epidemiológicos que revelaron que la combinación de los medicamentos y el control de vectores había logrado eliminar la transmisión de la oncocercosis, como lo demuestra la reducción de la prevalencia de aproximadamente 60% a 0,02%.

Además de las intervenciones de lucha contra los vectores y de los medicamentos donados por MSD, un factor clave que contribuye al éxito de Níger es la colaboración entre el Gobierno nigerino, la OMS y las organizaciones no gubernamentales, que ha ayudado a movilizar recursos y apoyo técnico. El seguimiento continuo de la prevalencia de la enfermedad y de su impacto ha permitido realizar ajustes oportunos en las estrategias y garantizar la eficacia de las intervenciones.

“La oncocercosis ha causado durante mucho tiempo un inmenso sufrimiento humano. También ha impedido el desarrollo económico de las comunidades afectadas, alejando a la gente de los ríos, que a menudo son una fuente de sustento para sus vidas”, dijo la Dra. Matshidiso Rebecca Natalie Moeti, Directora Regional de la OMS para África. “El éxito de Níger pone fin a esta carga para su población. También posiciona a Níger como un modelo para la eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas en África. El país ya había demostrado su liderazgo en materia de salud pública al eliminar la dracunculosis en 2013. Hoy, da otro paso histórico hacia adelante”.

A nivel global, 54 países han eliminado al menos una enfermedad tropical desatendida.

Níger se suma a otros cuatro países que han sido verificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por eliminar la oncocercosis, todos en la Región de las Américas: Colombia (2013), Ecuador (2014), Guatemala (2016) y México (2015).

En la Región de África de la OMS, 21 países han eliminado al menos una enfermedad tropical desatendida. La oncocercosis es la segunda enfermedad tropical desatendida eliminada en Níger: el país fue certificado libre de transmisión de dracunculosis (enfermedad del gusano de Guinea) en 2013.

El Ministerio de Salud y Acción Social de Senegal notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo brote de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) el 14 de enero de 2025. El brote se notificó por primera vez a nivel nacional el 13 de enero, cuando un caso dio positivo en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la infección por el virus de la FHCC en el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Dakar.

El caso índice es un hombre de 45 años de la aldea de Thidy Dièye, departamento de Kaffrine, región de Kaffrine, que comenzó a experimentar signos y síntomas de fiebre y fatiga el 2 de enero de 2025, que posteriormente progresaron a dolores articulares, dolor de cabeza y hematemesis durante su estancia en la aldea vecina de Gouloukoum. Inicialmente buscó atención en dos centros de salud el 4 y el 5 de enero, respectivamente, donde fue tratado de forma ambulatoria y dado de alta. El 7 de enero, tras la progresión de la enfermedad, fue ingresado en un centro de salud de la región de Kaffrine, donde falleció al día siguiente, 8 de enero, a consecuencia de un shock hemorrágico. Los resultados de una muestra de sangre extraída el 7 de enero, mientras estaba ingresado y tras sospecharse una fiebre hemorrágica viral, dieron positivo para FHCC el 13 de enero en el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Dakar, donde se realizó la prueba diagnóstica mediante PCR.

El 20 de enero se notificó un segundo caso confirmado, un hombre de 65 años que es un contacto conocido del caso índice, después de que los resultados de las pruebas realizadas en el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Dakar confirmaran la infección por el virus de la FHCC. Inicialmente se presentó el 16 de enero en el mismo centro de salud donde se confirmó el primer caso, con fiebre, mialgia, dolores articulares, fatiga y dolor abdominal. Los médicos asistentes recogieron una muestra de sangre ante la sospecha de fiebre hemorrágica viral y la enviaron al laboratorio para su análisis, que dio positivo para FHCC. El paciente fue tratado y dado de alta tras su recuperación, y los resultados de la prueba de PCR posteriores dieron negativo para FHCC.

Hasta el 24 de enero de 2025, se han confirmado dos casos con una muerte (tasa de letalidad de 50,0%) notificados en el departamento de Kaffrine. Se detectaron otros siete casos sospechosos, que dieron negativo en la prueba de PCR para FHCC y se descartaron. Se ha identificado un total de 51 contactos. De ellos, 28 han completado el seguimiento, mientras que 23 continúan en seguimiento hasta el 24 de enero de 2025.

Se han notificado anteriormente varios brotes aislados de FHCC en todo Senegal, incluida la región de Kaffrine. El último brote conocido se notificó en la región en noviembre de 2024. Las personas que se dedican a la ganadería, en particular las que manejan ganado, corren un mayor riesgo de infección por esta enfermedad viral transmitida por garrapatas.

Acciones de salud pública

- A nivel subnacional, se ha activado un sistema de gestión de incidentes en la región de Kaffrine para coordinar la respuesta bajo la dirección del equipo de salud del distrito, con el apoyo del Ministerio de Salud nacional, la OMS, el Instituto de Investigación para el Desarrollo y otros socios. Se han celebrado reuniones diarias de coordinación y se han elaborado

y difundido productos informativos sobre el brote para mantener informados a todos los interesados.

- Se desplegó un equipo multidisciplinario para realizar una investigación exhaustiva, incluida la vigilancia del ganado en la zona afectada. Las muestras de sangre y las garrapatas recogidas del ganado en el hogar del caso índice dieron positivo para la FHCC.
- Se está realizando una búsqueda activa de casos y un rastreo de contactos en las comunidades afectadas.
- Más de 50 cabezas de ganado recibieron tratamiento por infestación por garrapatas en la aldea de Gouloukoum, donde residía el caso índice al momento de la aparición de los síntomas, así como en las zonas cercanas.
- Se llevó a cabo la descontaminación en los centros de salud visitados por los casos y se distribuyó equipo de protección personal a los trabajadores sanitarios. También se proporcionaron kits de higiene a los miembros de la comunidad en las zonas afectadas. Se informó a los trabajadores de salud comunitarios y se llevaron a cabo campañas de concienciación sobre la FHCC para sensibilizar a la población local.
- Se recogieron muestras de animales domésticos y garrapatas para su posterior análisis, incluida la secuenciación, cuyos resultados están pendientes.

Interpretación de la situación

El brote actual de FHCC en la región de Kaffrine subraya el riesgo constante de transmisión zoonótica, en particular entre quienes trabajan con el ganado. Si bien la respuesta al brote ha sido eficaz, las demoras en el reconocimiento clínico y la detección temprana siguen siendo motivo de preocupación. La OMS recomendó al país reforzar la vigilancia comunitaria, capacitar a los trabajadores sanitarios para la identificación temprana de los casos, aplicar medidas sostenidas de control de las garrapatas y mejorar la comunicación de riesgos y la educación sanitaria dirigidas a los grupos de alto riesgo. Estas medidas son cruciales para controlar el brote actual y reducir la recurrencia de la enfermedad en todo el país.

Las puertas de OUT, una clínica LGTBQ en Johannesburg, están cerradas desde hace más de una semana y sus servicios de prevención y tratamiento del VIH para 6.000 pacientes permanecen suspendidos, una situación que se repite en otros centros que tratan enfermos de sida.

Las luces también se apagaron en el proyecto VIH de la Universidad del Witwatersrand, líder en los servicios para los trabajadores sexuales de Sudáfrica, el país con una de las mayores poblaciones VIH positivas del mundo.

Estas son algunas de las varias clínicas VIH/sida sudafricanas que luchan por sobrevivir desde que el presidente estadounidense Donald John Trump congeló por 90 días la ayuda externa.

“A corto plazo espero que llegue algo de dinero para que a mediano y largo plazo podamos hacer otros planes”, comentó Dawie Nel, director de OUT, cuya clínica en Johannesburg puso un rótulo en la entrada para anunciar que se encuentra “temporalmente cerrada”.

Sudáfrica es uno de los mayores recipientes de fondos del Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR), lanzado en 2003 y ahora paralizado por el congelamiento.

El PEPFAR aporta 17% del presupuesto sudafricano contra el VIH y asegura que unos 5,5 millones de personas reciban el tratamiento antirretroviral, según el Ministerio de Salud.

“Estados Unidos es un socio muy poco fiable. El sistema es muy volátil y caótico”, lamentó Nel.

“Los servicios de salud mental y pruebas de OUT identifican entre cuatro y cinco casos de VIH por día, además de otras infecciones de transmisión sexual”, indicó Nel.

La clínica contaba con los 2 millones de dólares en fondos estadounidenses para operar hasta septiembre, brindando tratamiento para el VIH a 2.000 personas y la profilaxis pre-exposición (PrEP) a otros 4.000 usuarios.

Retroceso

Cerca de 14% de los sudafricanos –unos 8,45 millones de personas– eran VIH positivos en 2022 según cifras del gobierno, una de las tasas más altas del mundo.

Actualmente tiene uno de los mayores programas de tratamiento del VIH en el mundo, tras una lenta respuesta inicial a su crisis del sida, que cobró más de 2,5 millones de vidas.

“El congelamiento del PEPFAR será un retroceso para Sudáfrica y el mundo en cuanto a los avances logrados en nuestra respuesta al VIH”, dijo Anele Yawa, de la Campaña de Acción pro Tratamiento.



“La gente se quedará sin prevención, tratamiento y atención”, advirtió.

Desde el anuncio del congelamiento, se hizo una excepción para la ayuda humanitaria, incluyendo tratamientos vitales, pero muchas organizaciones no saben si se les aplicará.

El Instituto de Salud Reproductiva y VIH de la Universidad Wits de Sudáfrica indicó que sus clínicas para trabajadores sexuales y personas transgénero permanecerán “cerradas hasta nuevo aviso”.

Las consecuencias del congelamiento de la ayuda del PEPFAR están siendo revisadas y “se están elaborando y adoptando planes de mitigación”, indicó el decano de Ciencias de la Salud de Wits, Shabir Madhi.

“Sufrimiento excesivo”

El gobierno sudafricano prometió cubrir la diferencia en el financiamiento para el VIH mediante una redistribución presupuestaria.

Pero es difícil saber cuáles serán esas prioridades “si no tenemos una decisión más clara de los estadounidenses”, dijo Munya Saruchera, director del Centro Africano para la Administración Inclusiva de la Salud, en la Universidad Stellenbosch.

“Sudáfrica podría aprovechar su papel como presidente del G20 este año para llevar al bloque africano a una discusión colectiva con los países occidentales para obtener recursos”, indicó.

“La interrupción de la ayuda externa de Estados Unidos, el mayor donante mundial, crea oportunidades para otros países, como China”, indicó Craig Lasher, de la ONG Population Action International.

“Pero las prolongadas demoras en cubrir la falta de fondos causarán un sufrimiento excesivo a los trabajadores de la salud y las comunidades que atienden”, sostuvo Lasher.

“Cuanto más tarden, más difícil será reconstruir los programas”, alertó.

El 30 de enero de 2025, el Ministerio de Salud de Uganda notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de enfermedad por el virus Sudán tras la confirmación de un caso en la capital, Kampala. Se trata del segundo brote de esta enfermedad notificado en el país en los últimos tres años.

El caso es un enfermero de 32 años, residente en el distrito de Wakiso, Región Central de Uganda. Inicialmente desarrolló síntomas de fiebre el 19 de enero de 2025, que progresaron a dolor en el pecho, disnea, hemorragia inexplicable por múltiples orificios y fallo multiorgánico que condujo a su muerte el 29 de enero, en un hospital de referencia en Kampala, donde trabajaba. El 30 de enero, las muestras de sangre *post mortem* dieron positivo para la infección por el virus Sudán mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) realizadas en tres laboratorios nacionales de referencia diferentes: el Laboratorio Central de Salud Pública en Kampala, el Instituto de Investigación de Virus de Uganda (UVRI) y el Laboratorio de Salud Pública de la Universidad Makerere.

Se está investigando la fuente de exposición del caso al virus Sudán. Sin embargo, aunque presentaba síntomas, al parecer buscó atención de un curandero tradicional en el distrito de Mbale y visitó tres centros de salud diferentes: uno en su distrito natal de Wakiso, otro en el distrito de Mbale, en el este de Uganda, y el tercero en Kampala, donde finalmente murió.

Un segundo caso, la esposa del caso índice, dio positivo para la infección por el virus Sudán el 2 de febrero, después de desarrollar signos y síntomas indicativos de la enfermedad.

Hasta el 2 de febrero de 2025, se ha identificado un total de 234 contactos. De ellos, 118 son contactos que tuvieron lugar mientras buscaban atención médica. Tres contactos cercanos del caso índice han desarrollado síntomas y han sido transferidos a salas de aislamiento para su tratamiento clínico y realización de pruebas.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud de Uganda activó el Equipo de Gestión de Incidentes nacional para coordinar la respuesta al brote con el apoyo de la OMS y sus socios en materia de salud. Se han desplegado equipos de respuesta rápida en los distritos de Kampala, Mbale y Wakiso para investigar el brote, determinar su origen y rastrear los contactos. A nivel de distrito, se han activado grupos de trabajo para supervisar la respuesta, con el apoyo del nivel nacional. Las actividades de respuesta se están coordinando desde los Centros de Operaciones de Emergencia de Salud Pública.
- La OMS asignó un millón de dólares de su Fondo de Contingencia para Emergencias para ayudar al país a acelerar las acciones de respuesta temprana, incluida la adquisición y el envío de suministros médicos, como equipos de protección personal, desde su Centro Regional de Respuesta a Emergencias en Nairobi.
- Se intensificó la vigilancia de la enfermedad por el virus Sudán en los distritos afectados. Se están llevando a cabo actividades de investigación de casos y rastreo de contactos, y se han identificado 234 contactos que se han puesto bajo vigilancia diaria. Los trabajadores de la

salud están recibiendo capacitación de actualización sobre la detección y notificación de casos sospechosos de enfermedad por el virus Sudán.

- Los laboratorios nacionales de referencia de Uganda tienen la capacidad molecular para diagnosticar infecciones por filovirus, incluida la enfermedad por el virus Sudán, mediante RT-PCR y secuenciación de última generación. Se ha puesto en marcha una estrategia nacional de pruebas para filovirus y se han desplegado laboratorios móviles a nivel subnacional para apoyar las pruebas.
- Se han establecido tres centros de aislamiento en los distritos de Kampala, Wakiso y Mbale para el manejo de casos. Un caso se encuentra actualmente ingresado y recibe atención clínica. La capital cuenta con un equipo médico de emergencia nacional capacitado en respuesta a enfermedades infecciosas y un centro de aislamiento exclusivo con 84 camas.
- El 31 de enero de 2025 se llevó a cabo el entierro seguro y digno del caso índice.
- Con el apoyo de la OMS, el país está planeando lanzar un enfoque de vacunación en anillo entre los contactos primarios y secundarios como parte de un ensayo con una vacuna candidata. Ya se han preposicionado un total de 2.160 dosis en Uganda. Las vacunas se distribuirán en los próximos días una vez que se obtengan todas las aprobaciones administrativas, éticas y reglamentarias.
- Se ha establecido un protocolo para la prevención y el control de infecciones en los centros de atención de la salud a fin de prevenir las infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Se han iniciado actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria en los distritos afectados.

Interpretación de la situación

La confirmación de un caso de enfermedad por el virus Sudán en Kampala, la capital de Uganda, plantea un alto riesgo de propagación debido a los movimientos del caso a través de múltiples distritos e instalaciones de atención de la salud. Dada la población densa y altamente móvil de Kampala y la proximidad de Mbale a la frontera con Kenya, es fundamental adoptar medidas rápidas de contención. La fuente del brote sigue siendo desconocida, lo que indica la posibilidad de cadenas de transmisión no detectadas o un nuevo derrame zoonótico. Una vigilancia reforzada, que incluya la investigación de casos y el rastreo de contactos, así como la prevención y el control de infecciones en los centros de salud y la comunicación de riesgos, son esenciales para controlar este brote. Aunque Uganda tiene experiencia en la respuesta a brotes de enfermedad por el virus Sudán, será fundamental contar con un sólido apoyo técnico y logístico para montar una respuesta eficaz a fin de evitar un brote mayor.

La enfermedad por el virus Sudán es una fiebre hemorrágica causada por un virus que pertenece a la misma familia que el virus del Ébola, ambos clasificados como filovirus. Es una enfermedad grave con una alta tasa de letalidad. Se caracteriza típicamente por un inicio agudo de fiebre con síntomas/signos inespecíficos (p. ej., dolor abdominal, anorexia, fatiga, malestar, mialgia, dolor de garganta) generalmente seguido varios días después por náuseas, vómitos, diarrea y ocasionalmente una erupción cutánea variable. Puede presentarse hipo. La enfermedad grave puede incluir manifestaciones hemorrágicas (p. ej., sangrado en los sitios de punción, equimosis, petequias, derrames viscerales), encefalopatía, shock/hipotensión, falla multiorgánica, aborto espontáneo en mujeres embarazadas infectadas. Las personas que se recuperan pueden experimentar secuelas prolongadas (p. ej., artralgia, disfunción neurocognitiva, uveítis a veces seguida de formación de cataratas), y puede ocurrir una infección persistente clínica y subclínica en compartimentos inmunoprivilegiados (p. ej., sistema nervioso central, ojos, testículos). La transmisión de persona a persona se produce por contacto directo con sangre, otros fluidos corporales, órganos o superficies y materiales contaminados. El riesgo comienza al inicio de los signos clínicos y aumenta con la gravedad de la enfermedad. Los miembros de la familia, los proveedores de atención médica y los participantes en ceremonias funerarias que tienen contacto directo con el fallecido corren un riesgo particular. El período de incubación varía de 2 a 21 días, pero por lo general es de 7 a 11 días.

Ha habido ocho brotes previos de enfermedad por el virus Sudán, cinco en Uganda y tres en Sudán. El brote más reciente, notificado en septiembre de 2022 en Uganda, dio lugar a 164 casos y 55 muertes antes de que se declarara terminado. Actualmente, no existen vacunas autorizadas ni terapias específicas para la prevención o el tratamiento de la enfermedad por el virus Sudán, pero hay terapias y vacunas candidatas que se pueden administrar bajo protocolo de ensayo clínico.

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.