

CÓRDOBA

- Se confirmaron tres casos humanos de encefalitis equina del Oeste

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la rabia
- Alerta por aumento de casos de covid y circulación de variantes de interés de SARS-CoV-2

AMÉRICA

- Alerta epidemiológico por sarampión
- Brasil: Acre adopta medidas para combatir la equinococosis tras casos sospechosos en Juruá
- Brasil: Detectan el genoma de *Treponema pallidum* en muestras de 2.000 años de antigüedad
- Estados Unidos: Primer caso de peste en un gato en doce años en el condado de Sierra, California
- Guatemala: Notificación de un conglomerado de enfermedad neurológica aguda de causa desconocida

EL MUNDO

- África: Situación epidemiológica de la difteria
- Bangladesh: El virus Nipah causó dos muertes en Manikganj
- Europa: Situación epidemiológica de la mpox
- Kenya/Uganda: Se reportaron casos no relacionados de fiebre del Valle del Rift
- Nepal: El gobierno enfrenta una ardua batalla para erradicar la tuberculosis
- Zambia: Situación epidemiológica del cólera

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
ANA CEBALLOS // DOMINIQUE PEYRAMOND // LOLA VOZZA
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ

Patrocinadores



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.

El Ministerio de Salud de Córdoba informó sobre la confirmación de tres casos de encefalitis equina del Oeste (EEO), correspondientes a personas residentes en los departamentos Unión (dos casos) y Tercero Arriba (un caso). Todos consultaron en centros de salud privados de Villa María y evolucionaron favorablemente.



Tras la emergencia nacional desde el sector veterinario por la ocurrencia de brotes de EEO en distintas jurisdicciones de Argentina,

la cartera sanitaria nacional, en conjunto con las provincias afectadas, fijó el circuito de vigilancia y control de acompañamiento frente a esta situación.

Al respecto, Laura Raquel López, subsecretaria de Estrategias Sanitarias y Acceso a la Salud, manifestó: “Desde la detección del primer caso animal se trabajó en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) y las áreas competentes de la provincia como la Secretaría de Ganadería y el Laboratorio Central, a fin de fijar los protocolos de vigilancia y control ante la sospecha de casos. Además, se realizaron capacitaciones dirigidas al equipo de salud desde la Red de Infectología de Córdoba, como parte de la preparación para dar respuesta a este evento”.

“Todas estas acciones tuvieron como objetivo fortalecer la detección oportuna, el tratamiento y el seguimiento adecuado de pacientes con síntomas compatibles con esta enfermedad”, concluyó la funcionaria.

En la provincia de Córdoba, entre el 25 de noviembre de 2023 y el 26 de enero de 2024, el sector veterinario notificó un total de 191 focos distribuidos en 107 localidades de 20 departamentos.

En relación a la vigilancia de salud humana, durante dicho periodo se registraron 11 casos clínicamente compatibles, de los cuales tres fueron confirmados el pasado 26 de enero, siete permanecen en estudio y un caso fue descartado. De este total, nueve evolucionaron favorablemente y dos fallecieron. Estos dos casos fallecidos con sintomatología compatible, se encuentran en estudio con resultados pendientes para EEO y otros diagnósticos diferenciales.

Vigilancia epidemiológica

El accidente potencialmente rábico, la sospecha de rabia humana y la rabia animal constituyen eventos de notificación obligatoria diferenciales en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2.827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. En dicha resolución se establecen los sujetos obligados a la notificación.

Los principales objetivos de la vigilancia de estos eventos son: implementar rápida y oportunamente las medidas de prevención y control de la rabia a fin de prevenir el desarrollo de la enfermedad tanto en personas como en animales; identificar la circulación de las diferentes variantes de virus rábico en el territorio nacional y permitir monitorear el avance en el proceso de eliminación de la rabia humana transmitida por perros y gatos.

Situación epidemiológica

En Argentina, a partir del año 1976, en el que se registraron 19 fallecidos por rabia humana, el número se redujo, reportándose casos esporádicos hasta el año 2021, en que se produjo el último registro de rabia humana en el país.

Para evitar que ocurran casos humanos de rabia, es fundamental, entre otras acciones, realizar la vigilancia de los accidentes potencialmente rábicos y así realizar el control pertinente como la profilaxis post exposición en caso que se requiera. En Argentina, entre 2019 y 2023, se registraron más de 42.000 accidentes potencialmente rábicos, siendo las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Salta las que presentaron mayor casuística. Debe tenerse en cuenta que se registra una subnotificación en este evento por parte de algunas jurisdicciones.

Año	Número de fallecidos	Provincia	Variante	Especie transmisora
1994	1	Tucumán	1	Perro
1997	1	Chaco	3	Murciélago hematófago
2001	1	Corrientes	3	Murciélago hematófago
2008	1	Jujuy	1	Perro
2021	1	Buenos Aires	4	Gato

Número de casos humanos de rabia. Argentina. Años 1994-2023. Guía para la Prevención, Vigilancia y Control de la Rabia en Argentina.

Provincia/Región	2019	2020	2021	2022	2023
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	67	21	40	55	170
Buenos Aires	5.482	2.960	4.605	6.550	9.860
Córdoba	17	3	398	572	712
Entre Ríos	4	2	6	54	313
Santa Fe	163	149	911	1.182	1.466
Centro	5.733	3.135	5.960	8.413	12.521
Mendoza	292	47	149	91	220
San Juan	193	21	1	3	183
San Luis	70	8	4	27	36
Cuyo	555	76	154	121	439
Chaco	2	2	3	20	12
Corrientes	6	5	2	4	26
Formosa	1	1	1	1	3
Misiones	10	6	2	9	3
Noreste Argentino	19	14	8	34	44
Catamarca	1	—	2	8	1
Jujuy	3	1	2	42	302
La Rioja	34	3	5	4	2
Salta	916	516	577	989	849
Santiago del Estero	1	2	—	2	3
Tucumán	2	1	4	4	42
Noroeste Argentino	957	523	590	1.049	1.199
Chubut	14	26	37	72	112
La Pampa	6	8	10	44	64
Neuquén	4	1	4	8	73
Río Negro	6	1	—	4	5
Santa Cruz	7	3	1	—	7
Tierra del Fuego	1	—	1	31	155
Sur	38	39	53	159	416
Total Argentina	7.302	3.787	6.765	9.776	14.619

Número de accidentes potencialmente rábicos, según jurisdicción. Argentina. Años 2019/2023. Fuente: Servicio Nacional de Vigilancia de la Salud de Argentina.

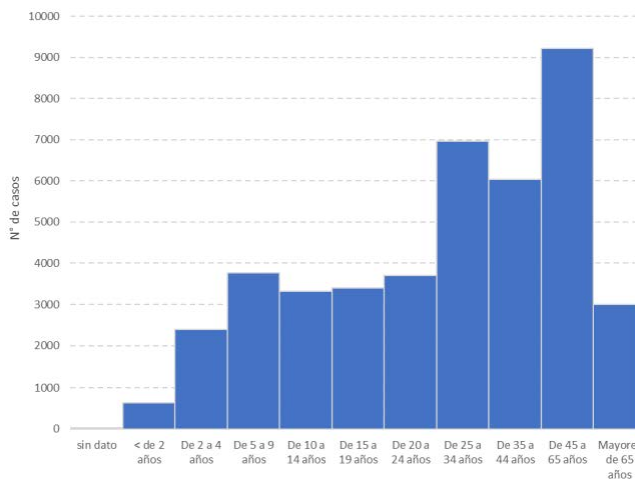
El 52% de las notificaciones de los accidentes potencialmente rábicos se produjeron en adultos entre 25 y 65 años y no hubo una diferencia significativa entre géneros.

En relación a la rabia animal, los casos de rabia canina (variante 1) se han reducido drásticamente, siendo la rabia canina relacionada con cánidos silvestres (variante 2), la rabia en murciélagos insectívoros (variante 4, 6 y otras) y la rabia en murciélagos hematófagos (variante 3) las que presentan mayor aparición en la detección e identificación de las muestras de animales procesadas en los últimos cinco años. El riesgo de contagio hacia las personas se ve aumentado por el fenómeno de *spillover*, donde el virus pasa de una especie animal a otra y luego llega al humano, siendo comúnmente los animales de compañía (perros y gatos) el nexa.

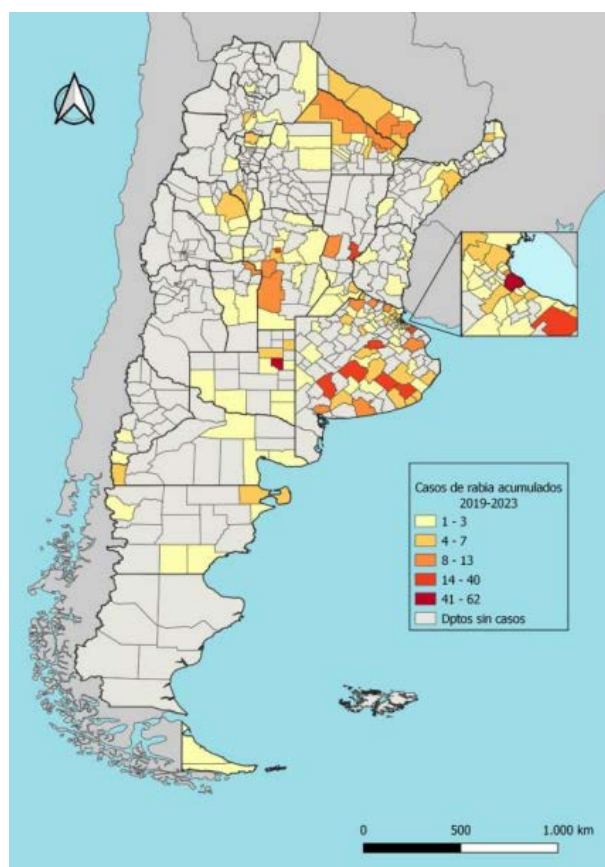
Entre los años 2019 y 2023, se reportaron 860 casos de rabia animal en 21 provincias, siendo 79% de las notificaciones por murciélagos insectívoros, 19% por animales de producción (bovinos y equinos, principalmente), 1% por gatos y 1% por perros.

En el período bajo estudio, se registraron 677 casos de rabia en murciélagos insectívoros en 18 provincias y todas las regiones del país.

A su vez, se reportaron seis casos de rabia en perros, de los cuales cinco se notificaron en la provincia de Formosa (departamentos Formosa y Pirané), todos por la variante 2 del virus rábico. El otro caso se registró en la provincia de Buenos Aires (departamento San Fernando) y fue variante murciélago insectívoro. Los caninos tenían la vacunación vencida o no tenían antecedente de vacunación previa. Un punto a tener en cuenta es el aumento de los casos de rabia en gatos, registrándose en los últimos cinco años un total de nueve casos, en las provincias de Buenos Aires (6 casos), Córdoba (2) y Santa Fe (1). Todos los gatos eran animales sin vacunación o con vacunación vencida, y tuvieron rabia transmitida por murciélagos insectívoros.



Número de notificaciones de accidentes potencialmente rábicos, según grupos etarios. Argentina. Años 2019/2023. Fuente: Servicio Nacional de Vigilancia de la Salud de Argentina.



Número de casos de rabia animal por departamento. Argentina. Años 2019-2023. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos de rabia en perros y gatos. Argentina. Años 2019/2023. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

La rabia es una enfermedad viral que afecta al sistema nervioso de los mamíferos, incluyendo a los seres humanos, siendo de importancia para la salud pública porque en la gran mayoría de los casos presenta un desenlace fatal. En Argentina se ha logrado una reducción importante en los casos de animales domésticos (o de compañía); sin embargo, es de vital importancia continuar con la vigilancia y control de la enfermedad porque el reservorio en murciélagos, zorros y en otras especies silvestres sigue presente. También es necesario controlar las poblaciones caninas y felinas de forma ética y responsable, ya que son las especies con mayor potencial para la transmisión de la enfermedad al humano.

El virus, perteneciente al género *Lyssavirus*, se puede transmitir cuando un animal infectado muerde o lame una herida reciente. Por esta razón la vigilancia, control y prevención de la rabia se basan fundamentalmente en medidas a tomar sobre los animales. En Argentina, así como en toda América, se encuentra presente hasta el momento, sólo el virus rábico clásico (genotipo 1). Dentro del mismo, existen distintas variantes antigénicas, cada una adaptada a determinados reservorios animales. No obstante, se debe tener en cuenta que cualquiera de las variantes virales tiene capacidad potencial para infectar a cualquier especie de mamífero.

Las variantes antigénicas identificadas en Argentina en el periodo 1992/2016 son las siguientes:

- Variante 1: en perros y gatos, en un ciclo terrestre urbano.
- Variante 2: en cánidos silvestres, en un ciclo terrestre rural.
- Variantes 3 y 3a: en murciélagos hematófagos (*Desmodus rotundus*), en un ciclo aéreo rural.
- Variante 4: en murciélagos insectívoros (*Tadarida brasiliensis*), en un ciclo aéreo urbano.
- Variante 6: en murciélagos insectívoros (*Lasiurus cinereus*), en un ciclo aéreo rural/urbano.
- Otras variantes: en murciélagos insectívoros (*Myotis* spp./*Eptesicus* spp./*Histiotus* spp.), en un ciclo aéreo rural/urbano.

En Argentina, los perros, gatos y murciélagos son los principales transmisores de la rabia, pero también pueden serlo otros mamíferos silvestres. Es considerada una enfermedad reemergente, ya que han aparecido nuevos genotipos virales. Se la clasifica como enfermedad desatendida, porque afecta principalmente a poblaciones vulnerables, de escasos recursos económicos o personas que viven en áreas rurales.

La rabia es una enfermedad prevenible a través de la vacunación en perros, gatos y hurones domésticos desde los 3 meses de edad cada 12 meses durante toda su vida. También en las personas como profilaxis postexposición, si se produce un accidente potencialmente rábico o como profilaxis preexposición en los trabajadores con riesgo frecuente de exposición (trabajadores de laboratorios en los que se efectúa diagnóstico de rabia, guardaparques, veterinarios y personal de veterinarias, proteccionistas).



ALERTA POR AUMENTO DE CASOS DE COVID Y CIRCULACIÓN DE VARIANTES DE INTERÉS DE SARS-CoV-2

26/01/2024

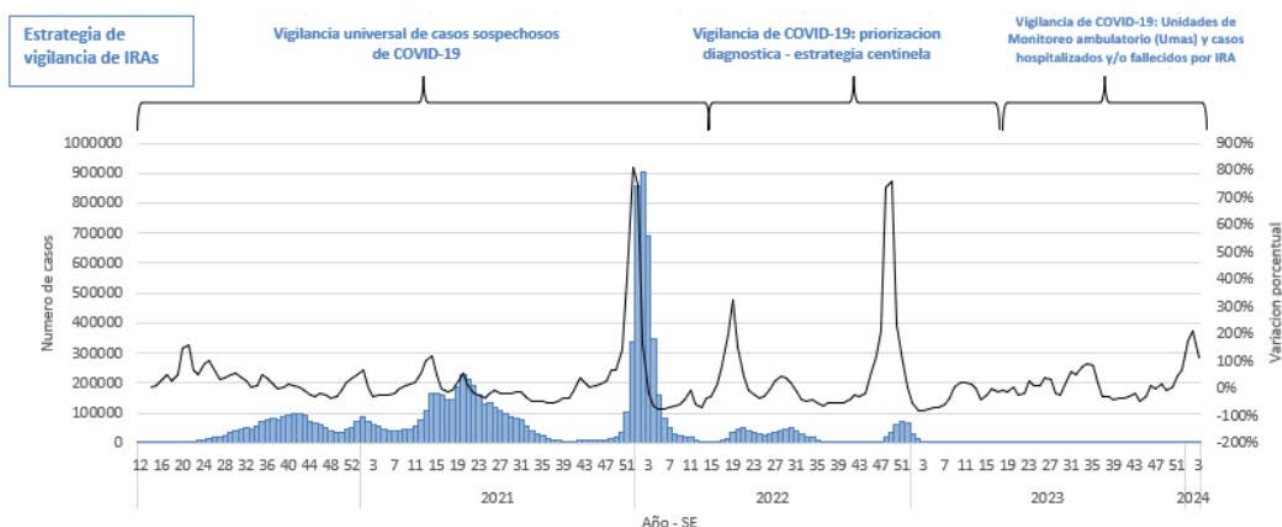
En Argentina se verifica en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE) un aumento del número de casos de SARS-CoV-2 en el marco de una baja transmisión de las semanas previas, así como la circulación de variantes de interés de SARS CoV-2.

Ante esta situación, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [alerta epidemiológica](#) instando a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas y promover las medidas de prevención recomendadas tanto para los equipos de salud como para la población general.

Situación actual

Si bien el número de casos confirmados de covid por SE durante el año 2023 y las primeras tres SE del año 2024 es menor en comparación con el de años previos, se observa un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 a partir de la SE 52 de 2023.

En la SE 2 de 2024, el aumento fue de 211% (en relación a la SE 52 de 2023) y en la SE 3 de 113% (en relación a la SE 1) para el total de casos notificados. Si bien este incremento representa una variación porcentual menor en comparación con los ascensos observados en años anteriores, para las últimas semanas analizadas, se verifica una pendiente en ascenso pronunciado.



Casos confirmados y porcentaje de variación respecto a dos semanas previas por semana epidemiológica. Años 2020 a 2024. Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Durante el año 2023, los casos de covid presentaron un ascenso entre las SE 30 y 40, con una tendencia oscilante posterior. En las últimas cuatro SE se verifica un nuevo incremento en el número de casos de covid.

En las últimas SE se observó un aumento en el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 en las unidades de monitoreo ambulatorio (UMA), asociado a un incremento en los casos notificados en las últimas tres SE.

En la SE 3 de 2024, se observa que el impacto en el sistema de salud es bajo, en función de los indicadores notificados por diferentes establecimientos del país.

Con respecto al número de casos fallecidos de covid, durante 2023, posterior al descenso de principios de año, se mantuvo una tendencia estable en el número hasta la SE 34, a partir de la cual se observa un ascenso en relación al incremento de casos que se observó en las SE previas al mismo.

Se observa un ligero aumento en los registros de casos fallecidos confirmados a partir de la SE 3 de 2024.

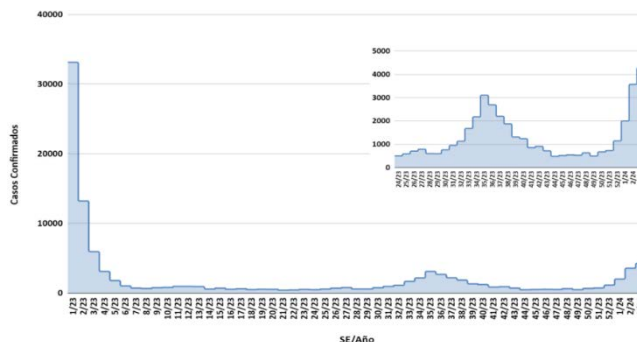
En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a los linajes de Omicron, se verifica un predominio de las variantes XBB* y EG.5, con algunas detecciones de BA.2.86*, JN.1* y BQ.1*.

Entre las SE 45 y 52 de 2023, se notificaron analizaron 107 muestras de SARS-CoV-2 mediante secuenciación genómica, de las cuales XBB* se identificó en 52,34% (56 muestras), seguida de EG.5 en 29,91% (32 muestras), JN.1 en 7,48% (8 muestras) y BA.2.86* en 2,80% (3 muestras).

Entre las secuencias positivas para XBB*, 69,64% (39 muestras) corresponden a XBB.1.5* y 12,50% (7 muestras) a XBB.1.16*. (*Indica la inclusión de linajes descendientes).

En relación a las variables de interés designadas recientemente por la Organización Mundial de la Salud, al 24 de enero de 2024 se detectó en Argentina 3 un total de tres casos confirmados de la variante BA.2.86* y ocho casos de la variante JN.1*.

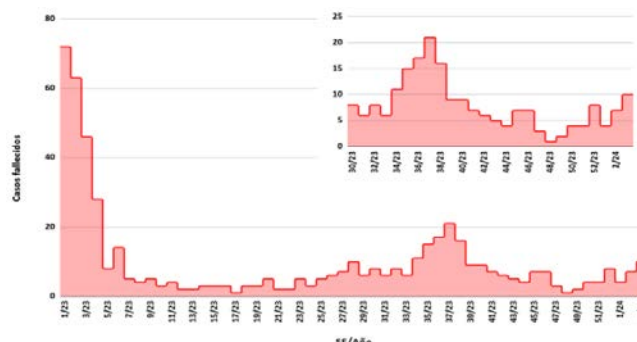
Los casos fueron detectados por la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y diagnóstico Molecular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.



Casos confirmados de covid. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 3 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Indicador	Adultos	Pediatría
Porcentaje de ocupación de camas en internación general	58,1%	47,6%
Porcentaje de ocupación de camas en internación general por IRA (respecto a dotación)	1,9%	3,1%
Proporción de internaciones por IRA sobre internación general por todas las causas	3,3%	6,5%
Porcentaje de ocupación de camas de UTI por todas las causas	64,2%	30,3%
Porcentaje de ocupación de camas en UTI por IRA (respecto a dotación)	5,5%	0,6%
Proporción de internaciones en UCI por IRA sobre internación en UCI por todas las causas	8,5%	8,5%

Vigilancia de internaciones por IRA en establecimientos seleccionados. Argentina. Semana epidemiológica 3 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 3 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



29/01/2024

Ante los retos relacionados con la persistencia de bajas coberturas de la primera y segunda dosis de la vacuna triple viral –contra sarampión, rubéola y parotiditis–, el incremento de casos de sarampión a nivel global y la ocurrencia de casos importados 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](#) en la que instó a los Estados Miembros a continuar con las actividades para elevar y mantener coberturas adecuadas de vacunación contra sarampión, rubéola y parotiditis y reiteró que la vacunación, la vigilancia epidemiológica y la preparación de la respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola constituyen las tres grandes estrategias para monitorear y reверificar anualmente la interrupción de la transmisión endémica de estos virus.

Resumen de la situación

A nivel global, tras años de descensos de la cobertura de vacunación contra el sarampión, en 2022 los casos de esta enfermedad aumentaron 18% y las muertes se incrementaron 43% en todo el mundo (con respecto a 2021). Según un nuevo [informe](#) de la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, el número estimado de casos de sarampión asciende a 9 millones y el de personas fallecidas se sitúa en 136.000 (la mayoría de ellas, niños).

De acuerdo con los datos provisionales mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la OMS hasta enero de 2024, en el año 2022 se informaron 369.195 casos sospechosos de sarampión en 166 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 171.156 (46%) fueron clasificados como sarampión (incluye casos confirmados por laboratorio, criterios clínicos o epidemiológicos). En 2023, se informaron 534.672 casos sospechosos de sarampión en 169 estados miembros, de los cuales 280.933 (53%) fueron clasificados como sarampión. Esto significa un aumento de 64% de los casos confirmados en 2023 respecto de 2022.

El [8 de febrero](#) y el [20 de octubre](#) del 2023, la OPS/OMS alertó sobre la disminución de las coberturas de la primera y segunda dosis de la vacuna triple viral (SRP1 y SRP2) y la ocurrencia de casos de sarampión en países de la Región de las Américas.

Coberturas de vacunación en la Región

Respecto de la cobertura de vacunación con SRP1 en los países de la Región de las Américas, en el año 2022 se registraron los siguientes niveles:

- el 25% (10/40) presenta un nivel de cobertura muy alto (mayor o igual a 95%): Nicaragua (110%); Guyana (103%); República Dominicana (101%); Antigua and Barbuda, Cuba, Montserrat (100%); Saint Vincent and the Grenadines (99%), Uruguay (96%); Saint Kitts and Nevis, Surinam (95%).
- el 22,5% (9/40) un nivel de cobertura alto (90-94%): Chile, Turks and Caicos Islands (94%); Aruba, Canadá, Cayman Islands, Estados Unidos, Trinidad and Tobago (92%); Jamaica (91%); Costa Rica (90%).
- el 30% (12/40) un nivel medio (80-89%): Colombia (88%); Dominica (87%); Anguilla, México (86%); Argentina, Barbados, Bermudas (85%); Guatemala (83%); Brasil, Belize, Saint Lucia (81%); Bahamas (80%).
- el 22,5% (9/40) un nivel de cobertura bajo (menor a 80%): Honduras (77%); Grenada, Haití (76%); Ecuador, Perú (74%); British Virgin Islands (73%); Bolivia (69%); El Salvador (65%); Paraguay (42%).

En relación con la aplicación de la SRP2, se registraron los siguientes niveles:

- el 17,5% (7/40) presenta un nivel de cobertura muy alto (mayor o igual a 95%): Nicaragua, Guyana (102%); Antigua and Barbuda, Cuba, Saint Vincent and the Grenadines (100%); Turks and Caicos Islands (98%); Montserrat (96%).
- el 10% (4/40) un nivel de cobertura alto (90-94%): Argentina (94%); Saint Kitts and Nevis (93%); Trinidad and Tobago, Uruguay (92%).
- el 17,5% (7/40) un nivel medio (80-89%): Dominica, República Dominicana (87%); Colombia (84%); Aruba, Jamaica, México (83%); Chile (81%).
- el 52,5% (21/40) un nivel de cobertura bajo (menor a 80%): Canadá (79%); British Virgin Islands (78%); Belize (77%); Costa Rica (75%); Barbados (73%); Cayman Islands (71%); Honduras (70%); Guatemala (69%); Grenada (68%); Anguilla (67%); Bahamas, Surinam (65%); Saint Lucia (63%); Ecuador (60%); Bermudas, Brasil, El Salvador (58%); Perú (54%); Bolivia (49%); Haití (46%); Paraguay (41%).

El promedio general para la Región de las Américas es de 85% para la cobertura de SRP1 y de 70% para la de SRP2.

Situación epidemiológica

En 2023, en la Región de las Américas, se notificaron 14.884 casos sospechosos y 53 casos confirmados de sarampión. A continuación, se presenta la situación epidemiológica de sarampión en los países que han notificado casos confirmados en 2023 y hasta el 27 de enero del 2024.

- **Argentina:** El 19 de enero de 2024, el Ministerio de Salud de la Nación confirmó un caso de sarampión residente en la ciudad de Salta. Se trata de un niño de 19 meses de edad que presentó fiebre, tos y conjuntivitis el 2 de enero, agregando exantema el 4 de enero. Veinticuatro horas después consultó y se internó por neumonía en una clínica privada, presentando aislamiento de neumococo en muestra respiratoria. El 9 de enero se tomó una muestra de suero y el 16 de enero se informó IgM positiva para sarampión en un laboratorio privado. Esta muestra de suero junto con las muestras para detección viral fue derivada al Laboratorio Nacional de Referencia (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’) confirmando la infección por serología y detección de virus sarampión mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en orina y aspirado nasofaríngeo el 19 de enero. Se detectó el genotipo D8, el cual circula actualmente en países como Alemania, Austria y Reino Unido. El caso no cuenta con antecedente de vacunación con triple viral, y no realizó viajes fuera de la pro-

vincia. El niño presenta evolución clínica favorable. A la fecha no se ha identificado fuente de infección y no se han detectado casos secundarios.

- **Brasil:** El 25 de enero de 2024, la Secretaría de Salud de Rio Grande do Sul informó a través de un comunicado de prensa de un caso importado de sarampión. El caso corresponde a un niño de 3 años de edad procedente de Pakistán, quien ingresó al país el 26 de diciembre (en São Paulo) y llegó a Rio Grande do Sul el 27 de diciembre. El 2 de enero de 2024, el caso fue llevado a consulta debido a dolor abdominal y fiebre, y presentó erupción cutánea el 4 de enero. Las pruebas serológicas en el Laboratorio Central de Salud Pública de Rio Grande do Sul y la prueba de biología molecular en el Laboratorio de Referencia de la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' en Rio de Janeiro confirmaron sarampión. Se está monitoreando a los contactos y hasta la fecha no se han identificado casos sospechosos secundarios.
- **Canadá:** En 2023, se confirmaron 12 casos de sarampión por laboratorio, de los cuales 11 fueron clasificados como importados y un caso de origen desconocido. Fueron identificados los genotipos B3 y D8 en 7 y 5 de los casos confirmados, respectivamente. Según la Agencia de Salud Pública de Canadá, en 2024 no se han reportado casos de sarampión en el país, hasta el 24 de enero.
- **Costa Rica:** El 19 de enero de 2024, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional del país notificó a la OPS/OMS la confirmación de un caso de sarampión en San Josecito de San Rafael de Heredia. El caso corresponde a una mujer de 53 años, costarricense, con domicilio en el cantón de San Rafael, provincia de Heredia, sin antecedente reciente de viaje internacional. El caso fue notificado al sistema nacional de vigilancia como dengue el 3 de agosto del 2023. Como parte de la búsqueda activa por laboratorio, se procesó la muestra de suero del caso para sarampión, la cual resultó IgMpositiva e IgG-indeterminada. Una segunda muestra de suero fue obtenida el 16 de noviembre de 2023 y procesada en el laboratorio, siendo IgM-negativa e IgG-positiva para sarampión (936 mIU/mL). Las muestras fueron enviadas a los CDC de Estados Unidos, en donde se confirmaron los resultados serológicos preliminares. A la fecha no se han detectado nuevos casos asociados. Las coberturas de SRP1 a nivel nacional para el año 2023 fueron de 92,16% y de SRP2 fueron de 84,25%.
- **Chile:** En 2023, se notificaron 95 casos sospechosos y se confirmó un caso importado de sarampión por laboratorio. El 12 de agosto de 2023, el Centro Nacional de Enlace de Chile notificó un caso probable de sarampión correspondiente a un hombre de 42 años residente en la Región Metropolitana, con inicio de síntomas el 7 de agosto, aparición de erupción cutánea el 8 de agosto, y antecedentes de viaje a países de la Región Europea de la OMS (Armenia y Georgia) entre el 16 y el 26 de julio, regresando a Chile el 26 de julio a través de Qatar y Brasil. El Instituto de Salud Pública de Chile identificó el genotipo D8 del virus de sarampión en muestras del caso confirmado. Posteriormente el caso fue confirmado por la Secretaría Regional Ministerial mediante un comunicado oficial.
- **Estados Unidos:** El CDC de este país informó que, en 2023, se identificaron 58 casos de sarampión en 20 jurisdicciones. Adicionalmente, entre el 1 de diciembre de 2023 y el 25 de enero de 2024, fueron notificados al CDC 26 casos confirmados de sarampión en Estados Unidos (17 casos en diciembre de 2023 y 9 casos en enero de 2024). Los casos incluyen siete importaciones directas de sarampión por parte de viajeros internacionales; los países visitados incluyeron Arabia Saudí, India, Indonesia, Kazajistán y Pakistán. Se reportaron dos brotes con más de cinco casos cada uno. Veinte casos (77%) fueron en niños y adolescentes, y 25 (96%) no estaban vacunados o tenían un estado de vacunación desconocido. En

10 de los casos confirmados se identificó el genotipo B3 y en 12 de estos el genotipo D8 del virus de sarampión.

- **Perú:** El Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional del país notificó un caso confirmado de sarampión el 27 de enero de 2024. Se trata de un hombre de 21 años sin historial de vacunación contra el sarampión. Viajó a Italia del 23 de diciembre de 2023 al 7 de enero de 2024 con dos familiares, visitando varias ciudades y tomando un crucero. Desarrolló síntomas desde el 2 de enero, que incluyeron rinorrea, fiebre y erupciones cutáneas. A su regreso a Lima el 11 de enero, buscó atención médica y el 12 de enero se le realizó obtención de muestra serológica, obteniendo un resultado IgM (+) para sarampión el 18 de enero del 2024 en un laboratorio privado. Se identificaron dos contactos asintomáticos: su madre y su hermana. El 27 de enero de 2024 el Laboratorio de Referencia Nacional emitió dos resultados de serología positiva a IgM sarampión en muestras colectadas el 12 y el 26 de enero. El caso fue confirmado y se iniciaron acciones para la identificación de los contactos y el bloqueo vacunal. Las coberturas anuales de vacunación en el país para la segunda dosis de SRP2 en el periodo 2019/2022 fueron inferiores a 95%, originando un acúmulo de susceptibles de enfermar de sarampión de 888.455 menores de 5 años, alcanzando un índice de riesgo de 1,65.

El gobierno de Acre, a través de la Secretaría de Salud del Estado, adoptó medidas para combatir la equinococosis, enfermedad conocida popularmente como *doença da paca*, que actualmente cuenta con 87 casos sospechosos en el Vale do Juruá, según una investigación realizada por la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ).

“La infección en humanos se produce principalmente por el consumo de alimentos o agua contaminados con heces de perros, que se alimentan con vísceras crudas de paca (*Cuniculus paca*) afectada por la enfermedad. En la región existe una cultura de premiar a los perros utilizados en la caza con este tipo de alimento, lo que provoca la infección en el animal y, en consecuencia, del hombre”, explicó el veterinario João Néilson dos Santos Morais Neto, responsable del Centro de Zoonosis de la Coordinación Regional de Salud de Juruá, Tarauacá y Envira.

Las acciones de combate a la enfermedad se llevaron a cabo en Cruzeiro do Sul, Rodrigues Alves y Mâncio Lima, municipios donde se registraron casos confirmados de la enfermedad. Durante los días 17, 18 y 19 de enero, equipos de Vigilancia de la Salud de la Coordinación Regional ofrecieron a los gerentes de la Secretaría Municipal de Salud capacitación para presentar los resultados encontrados por la FIOCRUZ, orientaciones sobre la etiología, signos clínicos y epidemiología de la enfermedad, además de su tratamiento y diagnóstico.

“En estos momentos estamos ordenando la implementación de flujos de diagnóstico fecal canino y el envío de muestras en la región”, informó Morais, al explicar que el diagnóstico se realiza actualmente en el país a través de un laboratorio de la FIOCRUZ, ubicado en Rio de Janeiro, y que la logística retrasa meses el acceso a los resultados. “Al ofrecer diagnóstico fecal *in situ*, podemos identificar si los perros enfermos conviven con personas que presentan síntomas de la enfermedad. Es una forma de acelerar el tratamiento de personas y perros infectados. Los perros son fundamentales para brindar datos epidemiológicos y de distribución de la enfermedad en la región”, enfatizó.

Sumar esfuerzos fue fundamental para promover el conocimiento sobre la equinococosis. “La capacitación de la FIOCRUZ brindó información para identificar los lugares de mayor riesgo de la enfermedad, la población afectada, el ciclo de la enfermedad, el papel del perro en el ciclo, el número de casos, además de formas de prevención y control para poder realizar actividades de educación en salud, con el objetivo de orientar a la población”, confirmó Morais.

Ciertamente, otros animales salvajes y/o domésticos pueden estar implicados en los ciclos de transmisión. La información de la noticia no permite caracterizar aspectos sobre persona/tiempo/lugar, entender en qué contexto se identificaron los casos sospechosos (búsqueda activa o detección de pacientes sintomáticos en los servicios de salud), y qué escenario(s) y ciclos ecoepidemiológicos de transmisión se relacionaría con cualquier caso confirmado para evaluar si el evento puede considerarse un brote.

Las pacas son los sextos roedores más grandes del mundo. Al igual que los cobayos, tienen cabezas cuadradas, orejas pequeñas, costados estampados con manchas y rayas y colas prácticamente invisibles. Son miembros del género *Cuniculus* de roedores herbívoros terrestres de América del Sur y Central. Aunque la enfermedad es denominada localmente *doença da paca*, no está claro cuál es el huésped definitivo aquí y cuales fueron las manifestaciones de las infecciones humanas.

Las diversas formas de equinococosis se transmiten al hombre por la ingestión de huevos excretados en las heces de los principales huéspedes, perros y zorros. La infección se mantiene mediante quistes en huéspedes intermediarios como ovejas y pequeños roedores (como las pacas).

La equinococosis humana es una enfermedad zoonótica causada por parásitos, concretamente tenias del género *Echinococcus*. La equinococosis se presenta en cuatro formas:

- la equinococosis quística, también conocida como enfermedad hidatídica o hidatidosis, causada por una infección con un complejo de especies centrado en *Echinococcus granulosus*,
- la equinococosis alveolar, causada por la infección por *E. multilocularis*, y
- dos formas de equinococosis neotropical: la poliquística causada por la infección por *E. vogeli*, y la uniuística causada por *E. oligarthrus*.

Las dos formas más importantes, que tienen relevancia médica y de salud pública en humanos, son la equinococosis quística y la equinococosis alveolar.

En pocas ocasiones se dispone de información histórica tan precisa sobre el origen de una enfermedad infecciosa como en el caso de la sífilis: en 1493, durante el asedio de tropas francesas a la ciudad de Nápoles. Desde allí se extendió rápidamente por Europa y Asia, provocando durante varios siglos una de las epidemias más devastadoras para la humanidad, que terminó cuando, gracias a la penicilina, pudo ser tratada adecuadamente ya en el siglo XX.

La coincidencia temporal con el regreso de la primera expedición de Colón a las Américas y algunas crónicas indirectas llevaron a plantear la hipótesis del origen de esta enfermedad en el continente americano. Una reciente [investigación](#), basada en esqueletos de una necrópolis de hace 2.000 años de Jabuticabeira (Brasil), puede arrojar algo de luz sobre esta controversia.

Genomas antiguos y filogenias modernas

El estudio presenta el análisis de un genoma de la bacteria *Treponema pallidum* obtenido de muestras de 2.000 años de antigüedad procedentes de un montículo funerario en la costa sur de Brasil (Jabuticabeira, Santa Catarina).

Este genoma, de una gran calidad para ser tan antiguo, agrupa con los genomas modernos de *T. pallidum endemicum*, el linaje causante del bejel, una infección restringida en la actualidad a zonas cálidas y áridas y no descrita previamente en el continente americano. Este linaje, al igual que el *T. pallidum pertenue*, que produce otra infección treponémica propia de zonas tropicales llamada pian, está muy estrechamente emparentado con el linaje que produce la sífilis, *T. pallidum pallidum*.

La súbita aparición de la sífilis a fines del siglo XV llevó a proponer el origen americano de la misma, la conocida como [hipótesis colombina](#). Pero no ha sido la única propuesta.

Como alternativas más populares están la hipótesis precolombina, según la que todas las treponematoses han acompañado a la humanidad desde sus orígenes, con manifestaciones diferentes a medida que se fueron dispersando por distintas regiones. Y también la hipótesis unitaria, ligera variante de la precolombina según la cual la aparición de las distintas treponematoses corresponde a adaptaciones de la misma bacteria a distintas condiciones ecológicas.

Hasta ahora, el problema de estas hipótesis era la falta de datos fehacientes que permitieran refutarlas o validarlas, pues las lesiones típicas en la piel no dejan huella tras la descomposición de los cadáveres y las lesiones óseas son comunes a distintas infecciones. Esto ha llevado a buscar vestigios biológicos de la bacteria en restos antiguos.

Usando las mismas técnicas que para restos de neandertales

Aunque de momento no se ha logrado recuperar la bacteria, gracias a las mismas técnicas de secuenciación aplicadas a los restos de [neandertales](#) o [denisovanos](#) se han conseguido algunos genomas completos de *T. pallidum*.

La mayoría de estos genomas proceden de [centro y norte de Europa](#) y alguno de [México](#), pero su datación no permite descartar que sean posteriores al regreso de Colón. Estos genomas se

agrupan con los linajes *T. pallidum pallidum* y *T. pallidum endemicum*, lo que deja abierta la cuestión sobre el origen de la sífilis.

El nuevo genoma amplía el área geográfica y temporal en la distribución de *T. pallidum* al continente americano en la época precolombina, y también previo a las expediciones vikingas que llegaron a las costas de América del Norte. Los análisis lo sitúan claramente en el linaje *T. pallidum endemicum*. De hecho, sorprende su corta distancia genética con los pocos genomas disponibles de este linaje, un detalle que confirma su asignación al mismo.

También es sorprendente la procedencia de estos restos. En la actualidad, el bejel se encuentra en regiones áridas y cálidas, bien diferentes climática y ecológicamente de las orillas del Atlántico del Brasil subtropical.

¿Jugó algún papel Colón en la expansión de la sífilis?

¿Qué nos dice el nuevo genoma sobre el origen de la sífilis? Pues poco y mucho a la vez. Su pertenencia a *T. pallidum endemicum* implica que las treponemas estaban presentes en el continente americano antes de la llegada de Colón, pero no que necesariamente una de ellas fuese causante de la sífilis.

Todas las hipótesis antes planteadas reciben cierto refuerzo empírico. Las nuevas dataciones retrasan ligeramente el origen de *T. pallidum pallidum*, que se situaría alrededor del año 1.000 antes de Cristo, pero su precisión puede mejorar a medida que se incorporen nuevos genomas antiguos a los análisis.

El estudio de los genomas de esta bacteria ha revelado la gran plasticidad de *T. pallidum* para intercambiar genes. En concreto, el linaje *T. pallidum pallidum* ha recibido numerosas aportaciones desde los otros linajes, *T. pallidum pertenue* y *T. pallidum endemicum*.

Cabe la posibilidad de que alguno de estos casos de transferencia génica horizontal haya incorporado a un linaje de treponema la capacidad de transmitirse más fácilmente por vía sexual y provocar unos síntomas desconocidos hasta ese momento. ¿Pudo suceder eso en Europa tras el regreso de Colón? Es una fascinante posibilidad que debe ser explorada.

Un gato doméstico en el este del condado de Sierra contrajo peste, informaron el 26 de enero funcionarios de salud de California.

La peste, causada por la bacteria *Yersinia pestis*, es más común en roedores del condado de Sierra y no se registraba en un gato desde 2011.

Los funcionarios de salud instaron a la población a tener cuidado al tratar con roedores y a mantenerse alejadas de estos y sus pulgas. También instaron a mantener a las mascotas con correa al aire libre y alejarlas de áreas infestadas de roedores.



“No hay casos recientes de peste humana en el condado de Sierra”, dijo la Dra. Celia Sutton-Pado, funcionaria de salud del condado. “La peste se ha identificado raramente en humanos y gatos domésticos en esta región durante las últimas décadas; los casos humanos más recientes en el condado de Sierra ocurrieron en 1977 y 1980. Es vital que la enfermedad se diagnostique y trate en sus primeras etapas para reducir el riesgo de desarrollar peste neumónica, que es mucho más grave y contagiosa”.

Los síntomas de la peste suelen aparecer en los seres humanos de dos a ocho días después de la exposición a un animal o una pulga infectados. Los síntomas incluyen fiebre repentina, náuseas, debilidad, escalofríos, dolores musculares e inflamación de los ganglios linfáticos.

Los funcionarios de salud solicitaron comunicarse con un médico de inmediato si alguien enferma dentro de los ocho días posteriores a estar en un área afectada por la peste o si ha tenido contacto directo con roedores enfermos o muertos. La peste se puede tratar eficazmente con antibióticos si se detecta a tiempo.

Los animales más comunes portadores de peste en el condado de Sierra son las ardillas y las ardillas listadas.

“La peste es letal para muchos roedores”, dijo el Departamento de Salud del condado de Sierra en un comunicado. “Por lo tanto, un aumento de roedores enfermos o muertos es una posible advertencia de que puede haber peste en la zona”.

Salud Ambiental del Condado de Sierra está trabajando con el Departamento de Salud Pública de California para monitorear la situación.

El 25 de enero de 2024, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Guatemala notifico a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) la ocurrencia de 39 casos de enfermedad neurológica aguda en tres departamentos: Suchitepéquez (35), Retalhuleu (3) y Huehuetenango (1). La fecha de inicio de síntomas del primer caso detectado fue el 12 de diciembre.

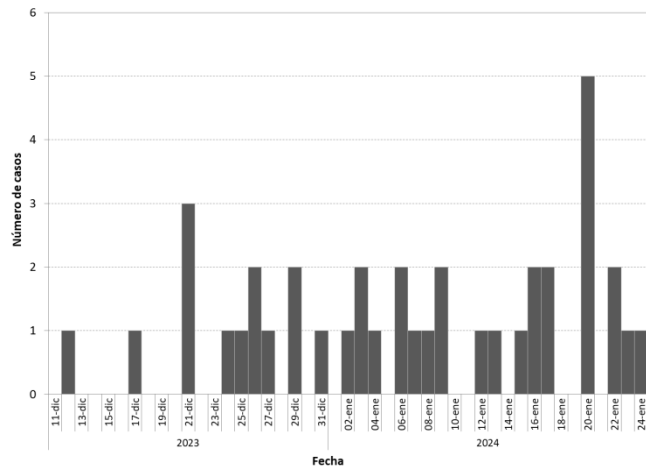
Respuesta de salud pública

Acciones del Ministerio de Salud de Guatemala:

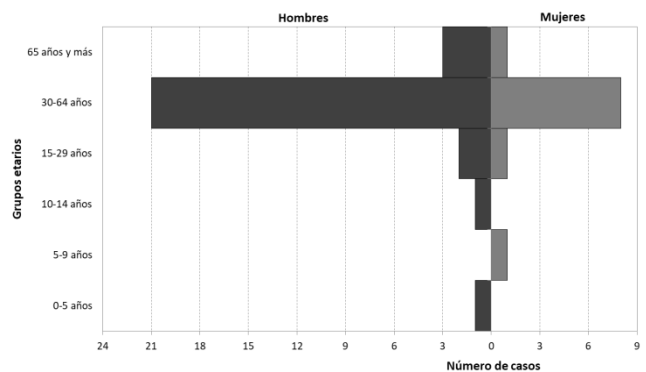
- Investigación y seguimiento de los casos.
- Coordinación de actividades conjuntas entre la Dirección Departamental de Redes Integradas de Salud de los departamentos que presentaron casos, Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo, laboratorio nacional y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Reunión con la Comisión Nacional de Certificación de la Eliminación de la Poliomielitis.

Nota de la OPS/OMS

La OPS/OMS se encuentra apoyando a las autoridades de Guatemala en la investigación de este evento. Se comparte este [informe preliminar](#) con los Centros Nacionales de Enlace, para mantenerlos informados. Se compartirá más información en la medida en que esté disponible.



Casos de enfermedad neurológica aguda según fecha de inicio de síntomas. Guatemala. Del 11 de diciembre de 2023 al 24 de enero de 2024. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Guatemala.



Casos de enfermedad neurológica aguda, según grupo etario y sexo. Guatemala. Del 1 de diciembre de 2023 al 24 de enero de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgo, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.



ÁFRICA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA DIFTERIA

14/01/2024

Hasta el 14 de enero de 2024, se habían notificado un total de 27.991 casos sospechosos de difteria y 828 muertes en Nigeria, Guinea, Níger, Mauritania y Sudáfrica. Entre estos casos sospechosos, 18.540 (66,2%) han sido confirmados ya sea por pruebas de laboratorio (585), por vínculo epidemiológico (707) o por compatibilidad clínica (17.248). El 70% de los casos sospechosos afecta a niños de 1 a 14 años, 60% de los casos sospechosos son mujeres y sólo 24% estaba completamente vacunado. Estos hallazgos subrayan la naturaleza multifacética del brote y enfatizan la necesidad de intervenciones específicas. Se debe hacer hincapié en enfoques estratégicos de vacunación y consideraciones específicas adaptadas a los diferentes grupos de edad.

- **Nigeria:** Entre el 16 de mayo de 2022 y el 31 de diciembre de 2023, se notificó un total de 22.417 casos sospechosos de difteria en 34 estados del Territorio de la Capital Federal (TCF). Entre ellos, 13.477 (60,2%) fueron casos confirmados en 156 áreas de gobierno local en 21 (de 36) estados, incluidas 593 muertes. La tasa de letalidad entre los casos sospechosos se situó en 2,6%. De los casos confirmados, siete estados representan 98,9% de los casos confirmados, entre ellos Kano (10.085 casos), Bauchi (1.059), Yobe (1.009), Katsina (599) y Borno (573). La tendencia global es a la disminución; el 59% de los casos confirmados son mujeres y 32% no está vacunado.
- **Guinea:** Del 4 de julio de 2023 al 14 de enero de 2024, se notificaron 2.754 casos sospechosos, 2.586 casos confirmados y 87 muertes. La tasa de letalidad entre los casos sospechosos fue de 3,2%. Entre los casos confirmados, 39 (1,5%) han sido confirmados mediante pruebas de laboratorio, 94 (3,6%) por vínculo epidemiológico y 2.453 (94,9%) por compatibilidad clínica. Al principio de la epidemia, sólo una región (Kankan, más de 98% de los casos) estaba afectada, pero en las últimas semanas la epidemia se ha extendido a otras cinco regiones, incluida la capital, Conakry, y los casos aumentan semanalmente. Ninguno de los casos sospechosos notificados estaba completamente vacunado; el 53% de los casos son mujeres y 64% es menor de 15 años.
- **Níger:** Al 24 de diciembre de 2023, se habían notificado 2.721 casos sospechosos, 2.448 casos confirmados y 141 muertes, con una tasa de letalidad de 5,2% entre los casos sospechosos. De los casos confirmados, 191 (7,8%) han sido confirmados mediante pruebas de laboratorio, 102 (4,2%) por vínculo epidemiológico y 2.155 (88,0%) por compatibilidad clínica. La tendencia global es a la baja, 59% de los casos confirmados son mujeres, 31% está vacunado y 64% es menor de 15 años.

- **Mauritania:** Se han notificado 20 casos sospechosos, todos confirmados mediante compatibilidad clínica, resultando en seis muertes, con una tasa de letalidad de 25,0% entre los casos sospechosos.
- **Sudáfrica:** Se han notificado 79 casos sospechosos y nueve fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio, incluido el caso índice, y una muerte en la prisión de Pollsmoor. Desde entonces no se ha notificado ningún nuevo caso y el brote está bajo control.

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

Se han reportado dos muertes debido al virus Nipah en las aldeas de Manta y Ghosta, en Manikganj Sadar, upazila de Manikganj.

Un comerciante del Distrito N° 1 de Manta, murió mientras recibía tratamiento en el Hospital Popular de Dhanmondi en Dhaka a la medianoche del 27 de enero.

El Dr. Lutfar Rahman, cirujano civil del distrito, confirmó que la muerte fue causada por el virus Nipah.

Además, el 16 de enero murió un hombre de 27 años, de la aldea de Ghosta Jahanginagar. La familia de la víctima informó que este último caso comenzó a presentar dolores de cabeza y fiebre después de consumir jugo de palmera datilera hace 15 días. Ingresó por primera vez en el Hospital General de Manikganj el 16 de enero para recibir tratamiento. Cuando su condición física empeoró, lo llevaron urgentemente al Hospital Popular Dhanmondi de Dhaka para recibir un mejor tratamiento. Murió el 27 de enero a medianoche mientras recibía tratamiento allí.

El virus Nipah es un henipavirus que se transmite a través del contacto con animales infectados (murciélagos frugívoros o cerdos), así como con alimentos y materiales contaminados con su saliva u orina. También se puede transmitir de persona a persona a través de fluidos corporales (sangre, orina o saliva).

Los síntomas varían de leves a graves y suelen aparecer entre 4 y 14 días después de la exposición al virus. Los signos y síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, vómitos, somnolencia y confusión. En casos graves, la infección puede provocar encefalitis y potencialmente la muerte.

El virus Nipah es endémico en Bangladesh y se propaga a los humanos principalmente a través del consumo del virus en el jugo de palma datilera sin pasteurizar que ha sido contaminado por los murciélagos frugívoros conocidos como zorros voladores, del género *Pteropus*. En este país se producen casos humanos todos los años durante la temporada invernal de recolección de la savia. El año 2024 comenzó con un caso fatal. En el año 2023, hubo 10 casos fatales en siete distritos de infección por el virus Nipah en Bangladesh, el mayor número de muertes por esta infección en siete años. Otras 14 personas fueron diagnosticadas con la infección por el virus.

Existe resistencia pública a modificar el consumo del jugo de palma datilera sin pasteurizar, alegando que calentar el jugo afecta negativamente su sabor. Mientras haya demanda pública del jugo, los fabricantes lo venderán. Hubo un esfuerzo exitoso para excluir el acceso de los murciélagos a las ollas de recolección de jugo mediante la construcción de un faldón alrededor del recipiente de recolección, elaborado con materiales disponibles localmente. Esta medida no se ha adoptado y siguen produciéndose nuevos contagios del virus. No existe ninguna vacuna humana disponible comercialmente contra el virus Nipah.

Desde el inicio del brote de mpox en mayo de 2022 y hasta el 12 de enero de 2024, se han notificado 21.860 casos confirmados en 29 países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE): España (7.752 casos), Francia (4.171), Alemania (3.774), Países Bajos (1.287), Portugal (1.148), Italia (989), Bélgica (800), Austria (338), Suecia (267), Irlanda (244), Polonia (217), Dinamarca (198), Noruega (104), Grecia (89), Hungría (82), Chequia (71), Luxemburgo (60), Rumania (47), Eslovenia (47), Finlandia (43), Malta (35), Croacia (33), Islandia (17), Eslovaquia (14), Estonia (11), Bulgaria (6), Letonia (6), Chipre (5) y Lituania (5). Se han notificado muertes en: España (3 muertes), Bélgica (2), Chequia (1) y Portugal (1). El brote se debe al virus Monkeypox (MPXV) clado IIb.

El número mensual de casos de mpox notificados en la UE/EEE alcanzó su punto máximo en julio de 2022 (más de 8.000 casos). Después de ese pico se observó una fuerte disminución en el número de casos. En 2023, 21 países de la UE/EEE notificaron 738 casos de mpox; no se reportaron muertes. La mayoría de los casos se notificaron en España, Portugal y Alemania. Durante el primer semestre de 2023 se notificaron 152 casos, una cifra relativamente baja. En julio de 2023 comenzó un aumento en el número de casos. Desde principios de octubre de 2023 y hasta el 12 de enero de 2024, se han notificado 353 casos en 14 países de la UE/EEE. Los cinco países que notificaron más casos en los últimos tres meses son: España (128), Portugal (73), Alemania (72), Italia (26) y Francia (13).

Las tasas de hospitalización (incluido por aislamiento, tratamiento u otras razones desconocidas) fueron similares en el primer y segundo semestre de 2023, es decir, 8% y 7%, respectivamente, lo que sugiere que no hay cambios recientes en la gravedad de la enfermedad.

El aumento del número de casos observado en el segundo semestre de 2023 no parece estar relacionado con los viajes, ya que sólo el 18% de los casos notificados han estado expuestos fuera de su país de residencia. Durante el primer semestre de 2023, el 27% de los casos estuvieron asociados a viajes al extranjero. Esto confirma que la circulación continúa dentro de Europa.

Entre los 386 casos con información sobre orientación sexual reportados en 2023, el 92% eran hombres que practicaban sexo con hombres (HSH). Entre los 199 casos con información sobre el estado de vacunación, 61% no estaba vacunado, 19% había recibido dos dosis de la vacuna, 13% había recibido una dosis y 8% había recibido un número desconocido de dosis.

Desde el inicio del brote en 2022 y hasta el 12 de enero de 2024, los siguientes países de los Balcanes Occidentales han notificado casos confirmados de mpox: Serbia (40 casos), Bosnia y Herzegovina (9) y Montenegro (2). Además, se han notificado 12 casos en Türkiye.

A nivel mundial, desde el 1 de enero de 2022 y hasta el 30 de noviembre de 2023, según la actualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han notificado 92.783 casos confirmados de mpox, incluidas 171 muertes, en 116 países.

En noviembre de 2023, la OMS informó que en la República Democrática del Congo se había notificado un grupo de casos de mpox de transmisión sexual y de casos entre profesionales del sexo debido al MPXV clado I. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfer-

medades (ECDC) publicó un Informe de evaluación de amenazas sobre el evento el 5 de diciembre de 2023, evaluando como bajo el riesgo para la población general y la población de HSH en los países de la UE/EEE de la epidemia de mpox debido al MPXV clado I en la República Democrática del Congo.

Evaluación del ECDC

Se ha observado un aumento en el número de casos desde julio de 2023, lo que pone de relieve que el brote de mpox en Europa aún continúa y que deben mantenerse las medidas de respuesta.

Dado que el número de nuevas infecciones sigue siendo relativamente bajo en Europa, el riesgo general de infección por mpox se considera bajo para los HSH y muy bajo para la población en general de la UE/EEE.

Las opciones de respuesta para los países de la UE/EEE incluyen crear conciencia entre los profesionales de la salud y apoyar a los servicios de salud sexual para continuar con la detección de casos, el rastreo de contactos y la gestión de casos; seguir ofreciendo pruebas de ortopoxvirus; estrategias de vacunación y comunicación continua de riesgos y participación comunitaria, a pesar del número decreciente de casos.

Las estrategias de vacunación preventiva primaria y vacunación preventiva post-exposición pueden combinarse para centrarse en personas con mayor riesgo de exposición y contactos cercanos de casos, respectivamente. Las estrategias de vacunación preventiva primaria deben priorizar a las personas homosexuales, bisexuales y transgénero, y a los HSH, que tienen un mayor riesgo de exposición, así como a las personas con riesgo de exposición ocupacional, según criterios epidemiológicos o de comportamiento.

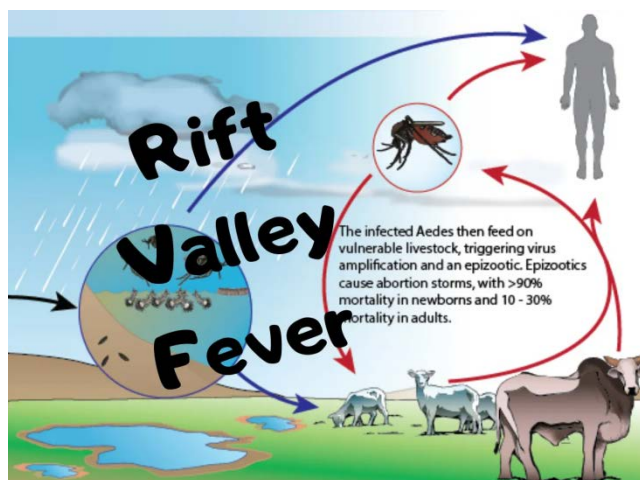
Las intervenciones de promoción de la salud y la participación de la comunidad también son fundamentales para garantizar una divulgación eficaz, una alta aceptación de la vacuna y su aceptación entre quienes corren mayor riesgo de exposición.

El Ministerio de Salud de Uganda informó la semana pasada sobre un caso humano confirmado de fiebre del Valle del Rift en el distrito de Nakaseke, en el centro de Uganda.

Se trató de un carnicero de 45 años con antecedentes de contacto directo con animales muertos, que se presentó en el hospital del distrito de Nakaseke con síntomas de fiebre, dolor de cabeza, pérdida de apetito, dolor muscular, debilidad, dolor en las articulaciones, confusión y hemorragia nasal.

Dio positivo para el virus de la fiebre del Valle del Rift mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en el Instituto de Investigación de Virus de Uganda (UVRI). Murió el 14 de enero de 2024.

En 2023, Uganda notificó 20 casos de fiebre del Valle del Rift y cuatro muertes en el distrito de Mbarara, en el suroeste del país.



El caso en Kenya

El 24 de enero de 2024, el Ministerio de Salud de Kenya informó de un caso de fiebre del Valle del Rift en el condado de Marsabit, en el norte del país.

Se trató de una mujer de 38 años que presentó fiebre y debilidad corporal general en el Hospital Central de Referencia de Marsabit. Una muestra de sangre analizada mediante PCR dio positivo para el virus de la fiebre del Valle del Rift en el Instituto de Investigación Médica de Kenya.

El último brote de fiebre del Valle del Rift que se registró en Kenya ocurrió en 2021, cuando se notificaron 32 casos y 11 muertes en los condados de Garissa e Isiolo.

Las autoridades informaron que no hay evidencia de vínculos epidemiológicos entre los brotes.

Los funcionarios de ambos países desplegaron equipos de respuesta rápida para realizar las correspondientes investigaciones epidemiológicas.

La fiebre del Valle del Rift es causada por un virus transmitido por mosquitos que es endémico en algunas partes de África. Infecta principalmente a animales como ovejas, vacas y cabras y puede tener un impacto económico en las comunidades debido a la pérdida de ganado.

Los humanos se infectan a través del contacto con sangre u órganos de animales infectados. La matanza y el sacrificio de animales es la causa principal de transmisión a los humanos. Ciertas ocupaciones tienen un mayor riesgo de contraer la fiebre del Valle del Rift, como los agricultores, los pastores y los veterinarios.

También puede transmitirse a los humanos a través de la picadura de mosquitos y de moscas hematófagas.

La mayoría de los casos de fiebre del Valle del Rift son leves y los síntomas incluyen fiebre, dolores de cabeza y dolores musculares. Sin embargo, un pequeño porcentaje de personas puede contraer una enfermedad grave que incluye retinitis, encefalitis y fiebre hemorrágica. Las muertes ocurren en menos de 1% de los infectados.

Expertos señalaron que el gobierno enfrenta una ardua batalla para erradicar la tuberculosis en Nepal para 2050. Hicieron tales comentarios en un programa celebrado en Katmandú el 26 de enero sobre el tema “Detener el consumo de tabaco, acabar con la tuberculosis”.



Según los expertos, Nepal es el sexto país más afectado por la tuberculosis en el Sudeste Asiático. Según el objetivo de desarrollo sostenible, la enfermedad debería reducirse en 90% en los próximos 11 años en comparación con los datos de 2015.

“Del mismo modo, el objetivo es reducir en 95% las muertes causadas por la tuberculosis. Pero es un desafío muy grande”, afirmó el Dr. Prajwal Shrestha, director del Centro Nacional de Tuberculosis.

Según el funcionario, una encuesta realizada antes de 2019 indicó una baja tasa de tuberculosis en Nepal, con un tratamiento eficaz. Sin embargo, la última encuesta nacional reveló una tasa más alta de nuevas infecciones, superando los niveles anteriores.

“En una encuesta realizada en 2015, hubo 141 nuevos casos de tuberculosis cada millón de habitantes en Nepal. En 2019, este número aumentó a 245 nuevos casos cada millón, lo que indica un aumento en la tasa de infección de tuberculosis a pesar de la eficacia de tratamiento”, afirmó Shrestha, presentando cifras contrastantes sobre el impacto y la eficacia del tratamiento de la tuberculosis en el país.

“El aumento de la tasa de nuevas infecciones es un desafío en sí mismo”, afirmó. Según la Organización Mundial de la Salud, cada año 69.000 nuevas personas se infectan de tuberculosis en Nepal. Pero el año pasado, 37.777 nuevos pacientes de tuberculosis entraron en contacto con el Centro Nacional de Tuberculosis y este año, lo hicieron 37.500.

Esto se debe a que muchos pacientes con tuberculosis compran medicamentos en instituciones de salud privadas en lugar de en instalaciones gubernamentales. Un gran número de pacientes se encuentran en la comunidad y no se puede contactar con ellos. “Identificarlos y ofrecerles tratamiento es el desafío actual”, explicó Shrestha.

Los datos del gobierno muestran que la provincia de Madhesh tiene el mayor número de pacientes con tuberculosis (24%), seguida por la provincia de Bagmati (23%) y la provincia de Lumbini (21%). Estas tres provincias representan 68% de los pacientes con tuberculosis del país.

Según el último estudio, el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en Nepal ha demostrado ser eficaz. El estudio señaló que entre las causas de la tuberculosis, la desnutrición es el principal desafío. Las personas desnutridas son más susceptibles a esta enfermedad. De manera similar, la tuberculosis es más común entre las personas que consumen alcohol y fuman.

También se han observado altas tasas de infección por tuberculosis en personas que padecen diabetes, cáncer y VIH. “Además de estos factores, el principal problema es la frontera abierta con la vecina India”, afirmó Shrestha.

“La libre circulación de personas entre Nepal e India, principalmente debido a la frontera abierta, parece ser el principal desafío para controlar la infección por tuberculosis”, subrayó.

“Para lograr el objetivo de reducir la tuberculosis para el año 2035, Nepal debe adoptar políticas y programas como la detección de la tuberculosis en la gente común, tratar exhaustivamente a los pacientes con tuberculosis y brindarles un tratamiento eficaz, realizar pruebas con rayos X digitales en pueblos de alto riesgo”, sugirió el profesor Guy Marks, presidente de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares. “Muchas personas deberían hacerse la prueba a la vez”, afirmó.

“Mientras en Nepal prevalezcan el tabaquismo, la desnutrición y las fronteras abiertas, la tuberculosis nunca podrá controlarse”, afirmó el Dr. Bikash Devkota, del Ministerio de Salud y Población.

“Incluso ahora, existe una mayor tendencia a fumar entre los adolescentes en edad escolar”, afirmó Devkota.

Al abordar el programa, Bhakta K.C., del Centro Nacional de Información y Comunicación sobre Educación para la Salud, y Gopikrishna Regmi, subsecretaria del Departamento Legal del Ministerio de Salud y Población, dijeron que existe una falla legal en la implementación de la Ley de Control y Regulación de Productos de Tabaco. Además de esto, sugirieron proceder con políticas y programas especiales de control de la tuberculosis para alcanzar la meta dentro de 15 años. Para alcanzar el objetivo, el Centro Nacional de Tuberculosis anunció que se ha iniciado el programa de detección y tratamiento en 125 entidades locales de riesgo.

Zambia está lidiando actualmente con un brote de cólera que comenzó en Lusaka en octubre de 2023. La provincia Eastern notificó casos relacionados con Malawi y Mozambique, y luego el brote se extendió a las provincias Northern, Central, Southern, Copperbelt y North-Western. El 11 de enero de 2024, se notificaron 452 casos, incluidas 18 muertes (tasa de letalidad de 4%), en seis provincias: Lusaka, Eastern, Central, Southern, North-Western y Western.

Entre los 452 casos, 301 casos (66,6%) fueron confirmados positivos mediante cultivo, y Lusaka notificó el mayor número de casos confirmados (232 casos), lo que representa 51,3% del total de casos. En particular, ha habido una disminución general en el número de nuevos casos notificados, pasando de 780 el 2 de enero de 2024 a 452 el 11 de enero, una disminución de 42%.

Entre el 3 de octubre de 2023 y el 12 de enero de 2024, se documentó un total acumulado de 8.724 casos, incluidas 351 muertes (tasa de letalidad de 4,0%), en nueve provincias: Lusaka, Eastern, Northern, Central, Southern, Copperbelt, North-Western, Western y Muchinga. Más de 40 distritos de esas provincias han notificado transmisión local del cólera.

La provincia de Lusaka es la más afectada por el brote y constituye 94% (8.179 casos) de todos los notificados desde la semana epidemiológica 40 de 2023. Le sigue la provincia Central con 3,4% (263 casos) y la provincia Eastern con 0,8% (67 casos).

La provincia de Lusaka tiene la tasa de ataque más alta: 257,5 cada 100.000 habitantes. Se han reportado altas tasas de mortalidad en la provincia North-Western con una tasa de letalidad de 11,5 (3 muertes en 26 casos), seguida por la provincia Southern con una tasa de letalidad de 7,4% (4 muertes en 54 casos), la provincia Western con una tasa de letalidad de 5,0% (1 muerte en 20 casos) y la provincia de Lusaka con una tasa de letalidad de 4,0% (338 muertes en 8.179 casos).

A medida que el brote de cólera en Zambia continúa expandiéndose rápidamente, se están intensificando los esfuerzos para detener la propagación de la enfermedad y salvar vidas. Las provincias de Lusaka, Central y Eastern son las más afectadas. El distrito de Lusaka es el epicentro del brote. Actualmente está en marcha una campaña de vacunación dirigida a 1,5 millones de personas, incluidos niños, trabajadores sanitarios y personas con alto riesgo de infección en las zonas más afectadas. En asociación con la Alianza para las Vacunas (GAVI), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otros, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está apoyando al gobierno para implementar eficazmente la campaña de vacunación oral contra el cólera y reforzar las medidas de control de brotes en curso. La OMS está trabajando con el gobierno para fortalecer las áreas clave de respuesta a los brotes; coordinación de emergencias, gestión de casos, vigilancia, prevención y control de infecciones, reforzar los servicios de agua, saneamiento e higiene, así como aumentar la conciencia pública sobre los riesgos de la enfermedad.

Acciones de salud pública

Para hacer frente al brote de cólera, el país ha iniciado las siguientes medidas de respuesta.

- La coordinación entre el gobierno y los socios está en curso. Se han donado 200 camas adicionales a los centros de tratamiento Heroes Cholera. La Unidad de Mitigación y Gestión de Desastres y agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), entre otros socios privados, han movilizad 84 vehículos para responder al brote de cólera.
- Se han intensificado las actividades de vigilancia en todas las provincias para mejorar la detección temprana y la respuesta a los casos, y está en marcha una estrategia para integrar todas las actividades de respuesta.
- Se están realizando intervenciones en materia de agua, saneamiento e higiene, incluida la distribución de cloro y el monitoreo, desinfección e inspecciones de la calidad del agua. En toda la ciudad de Lusaka, se ha instalado un total de 102 tanques de agua, se han abastecido más de 300 tanques y se han vaciado más de 20.000 letrinas de pozo.
- La comunicación de riesgos y la participación comunitaria están en curso, y las actividades incluyen la capacitación de voluntarios comunitarios sobre comunicación del riesgo de cólera en los distritos afectados y sensibilización puerta a puerta, programas de radio, actualizaciones de televisión y entrevistas.
- Las actividades de vacunación se han visto reforzadas con una campaña de vacunación que se lanzará después del 14 de enero de 2024 y comenzará con 1.400.000 dosis de vacuna contra el cólera aprobada por el Grupo de Coordinación Internacional.

Interpretación de la situación

El actual brote de cólera en Zambia, que afecta principalmente a la ciudad capital, Lusaka, es motivo de gran preocupación debido a su persistente amenaza a la seguridad sanitaria del país. El amplio impacto del brote actual es evidente en los casos y muertes registrados en todo el país, lo que tiene consecuencias socioeconómicas adversas. Para abordar esta crisis, se recomienda implementar una respuesta integral con un enfoque en una mejor comunicación de riesgos y participación comunitaria. También se necesita atención urgente para asignar recursos humanos adicionales y productos básicos a los centros de tratamiento del cólera en los subdistritos. La estrategia de respuesta debe ampliar la distribución de agua clorada y segura en las comunidades afectadas, manteniendo al mismo tiempo un monitoreo continuo de la calidad del agua. Mantener la colaboración con otros ministerios competentes y socios es crucial para reforzar la eficacia de las respuestas y se sugiere preposicionar productos esenciales en otras provincias para garantizar la preparación para posibles brotes en diversas regiones.

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.