

<p>CÓRDOBA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aumentaron las internaciones por virus respiratorios <p>ARGENTINA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vigilancia epidemiológica de neumonía <p>AMÉRICA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Brasil: Cocirculación de los virus Mayaro y Chikungunya en Roraima ● Colombia: Alerta roja por fiebre amarilla en Huila 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuba: Confirmaron casos de fiebre de Oropouche en Pinar del Río ● Estados Unidos: Oklahoma registra su primer caso y muerte por el virus del Nilo Occidental ● Estados Unidos: Más de 160 casos de salmonelosis en California por consumo de leche sin pasteurizar <p>EL MUNDO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alemania: Brote de botulismo por consumo de hongos encurtidos importados de Rusia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Angola: Caso de poliomielitis por poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna ● Comoras: La epidemia de cólera ya superó los 10.000 casos ● El Líbano: Las enfermedades transmisibles ponen al descubierto una aguda crisis sanitaria ● Etiopia: Situación epidemiológica de la malaria ● Europa: Se agrava la propagación de enfermedades transmitidas por mosquitos ● Nigeria: Situación epidemiológica de la difteria
---	---	--

<p>Comité Editorial</p>	<p>Patrocinador</p>
<p>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.</p>	 <p>WWW.SADI.ORG.AR</p>
<p>Editor en Jefe ÍLIDE SELENE DE LISA</p>	<p>Editores adjuntos RUTH BRITO ENRIQUE FARÍAS</p>
<p>Editores Asociados ISSN 2796-7050</p> <p>ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // LOLA VOZZA CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO SERGIO CIMERMAN</p>	
<p>Adherentes</p> 	

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

El descenso en las temperaturas provocado por la ola polar sigue aumentando la demanda en las internaciones pediátricas. La cantidad de niños hospitalizados por virus respiratorios continúa en alza, según información del Ministerio de Salud de Córdoba.

Referentes de los centros públicos de salud analizaron el 10 de julio la curva de casos en menores de 5 años. Autoridades sanitarias informaron que, durante la última semana, “se mantuvieron estables las consultas por infecciones respiratorias” y que “se evidenció un incremento” de 16% en las internaciones, en relación con los siete días anteriores.

En números absolutos, el sistema público de salud reportó 259 hospitalizaciones por infecciones respiratorias en bebés y niños en la semana epidemiológica (SE) 27. En la SE anterior se habían registrado 222.

El virus sincicial respiratorio (VSR) se encontró en 61% de las muestras analizadas. En segundo lugar se encontró el virus Influenza (34%).

Los virus que más circulan

El VSR es el principal causante de la bronquiolitis en menores de 5 años y genera todos los años un aumento en la demanda de internación pediátrica y neonatal.

En mayores de 5 años predomina la influenza, al igual que en el resto de los grupos poblacionales mayores de 15 años. Según datos del Ministerio de Salud provincial, alrededor de 80% de las infecciones respiratorias son causadas por el virus Influenza. En segundo lugar se ubica el SARS-CoV-2.

Referentes de hospitales públicos advirtieron que muchos pacientes llegan con complicaciones y consultas tardías. Alertan que son bajas las coberturas de vacunación, sobre todo para influenza y VSR en embarazadas.

Qué pasa con los adultos

“Durante la pandemia se interrumpió la circulación de los virus respiratorios tradicionales y prevaleció la covid. El confinamiento, el uso generalizado del barbijo y el menor movimiento de la gente también colaboraron para que la influenza y el VSR dejaran de circular”, explicó el médico infectólogo Francisco Govedic.

Sin embargo, en pospandemia, se dio un rebrote. “Se produjo un resurgimiento intenso de muchos virus respiratorios. Ahora hemos vuelto a los valores habituales de las temporadas invernales, con la diferencia de que la covid llegó para quedarse”, indicó el especialista.

Calendario actualizado

Este año se incorporó una nueva vacuna al carné oficial y se modificó el esquema de una que ya existía. La decisión de sumar la inmunización contra el VSR fue decretada el año pasado por la exministra de Salud de la Nación, Carla Vizzotti, quien comenzó el proceso de compra de las primeras dosis.

La protección –que pasa de la madre al bebé a través de la placenta– está destinada a embarazadas que estén cursando entre la semana 32 y la 36 de gestación. Aunque es gratuita, se mantienen bajas las coberturas en la provincia y es escaso el porcentaje de personas gestantes que se aplican la vacuna.

En Córdoba, apenas 45,7% de las embarazadas se inmunizó contra el VSR. La meta, para esta época del año, era superar el 80%.

Este virus es seguido de cerca por los agentes de salud que atienden a niños. Sin embargo, en los últimos años, por el incremento en los métodos de detección diagnóstica, también comenzó a estar bajo la lupa de los profesionales que atienden a adultos.

“Hoy se sabe que el VSR tiene una carga importante de morbilidad y mortalidad en adultos. Produce un deterioro en la salud, aumenta la tasa de hospitalización y mortalidad. En pacientes internados tiene una mayor tasa de complicaciones cardiovasculares, en comparación con la influenza”, apuntó Govedic, quien además es licenciado en Medicina del Ministerio de Educación y Ciencia de España.

En Argentina existe una vacuna para mayores de 60 años con comorbilidades o factores de riesgo. Sin embargo, aún no fue incorporada en el calendario obligatorio. Por lo tanto, no es gratuita.

Segundo cambio en el calendario

La otra modificación implementada este año en el carné oficial es la modificación del esquema que protege a los adultos mayores y personas con factores de riesgo de la neumonía por neumococo. Antes eran dos dosis (Prevenar 13 y polisacárida 23, VPN23). Hoy se aplica una sola dosis de Prevenar 20.

“Antes se colocaba una dosis y un refuerzo entre los dos y 12 meses. Eso hacía perder oportunidades en muchas personas y en algunos casos, donde se recomendaba un segundo refuerzo, también se generaba confusión. Ahora tenemos una vacuna potente y efectiva, que simplifica el proceso”, agregó Govedic.

Otra de las vacunas disponibles en el calendario (y que protege de infecciones respiratorias) es la antigripal. Está indicada en grupos de riesgo y es gratuita en esas poblaciones.

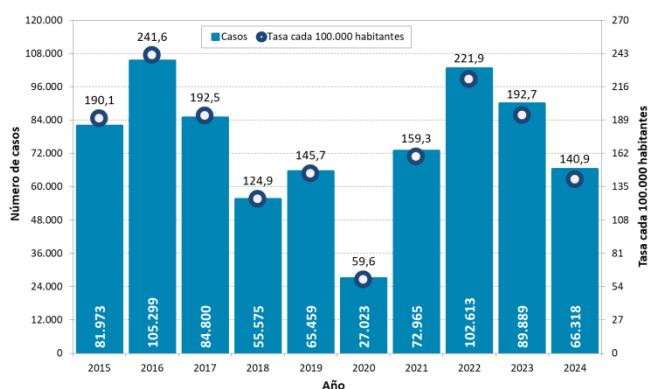
Sin embargo, las coberturas se mantienen por debajo de las metas esperadas para esta época del año: en niños de 6 a 23 meses se alcanzó un 61,2% con primera dosis y un 46,4% con segunda dosis; en embarazadas la cobertura es de 50,1%; en equipos de salud, 55,2%; en personal esencial 36,6%; y en mayores de 65 años 42%.

Govedic remarcó que las vacunas son seguras y efectivas para prevenir enfermedades: “Evitan millones de muertes todos los años”. “Si la gente tiene dudas o temores, puede charlar con su médico de cabecera y aclarar cualquier inquietud”, finalizó.

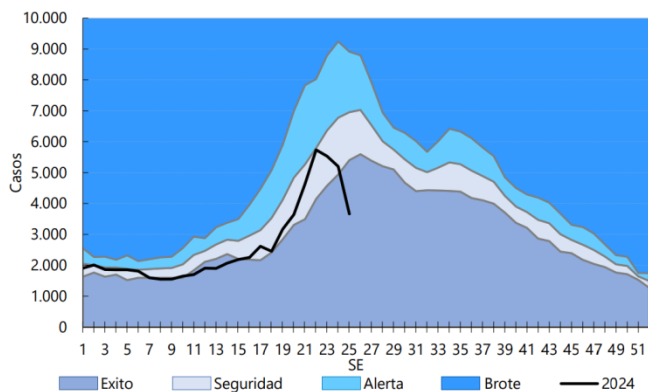
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 25, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 66.318 casos de neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 140,9 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos de los últimos diez años, se observa que en 2016 se registró el mayor número de casos del período (105.299 casos), seguido del año 2022 (102.613 casos) y el año 2023 (89.889 casos). Entre 2016 y 2018 las notificaciones muestran un descenso, con un ligero incremento en 2019 y un nuevo descenso en 2020. En los años 2021 y 2022 vuelven a ascender, con valores más bajos en 2023. En el registro histórico desde el año 2015, el número de casos notificados en 2024 es uno de los más bajos del periodo, superando sólo los registros de 2018/2020.

En el corredor endémico, las notificaciones semanales permanecen en la zona de seguridad entre las SE 1 a 7, ubicándose desde la SE 8 en la zona de éxito. A partir de la SE 10 se registra una tendencia ligeramente ascendente de las notificaciones semanales, que oscilan desde la SE 17 entre la zona de seguridad y los niveles esperados. Desde la SE 19 se acelera la tendencia ascendente, alcanzando el máximo en la SE 22, cuando los registros se ubican en el límite con los niveles de alerta; y posteriormente descienden, ubicándose en la última SE en los niveles esperados.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 25. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2024, en base a datos de los años 2015/2023 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 25. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Un reciente [estudio](#) muestra que los virus Mayaro y Chikungunya circulan simultáneamente en el estado amazónico de Roraima. El hallazgo refuerza la necesidad de acciones de vigilancia epidemiológica más efectivas en la región.

El descubrimiento contradijo las expectativas de los investigadores. La hipótesis inicial era que los lugares donde la tasa de infección por uno de los patógenos era alta serían refractarios a la circulación del otro virus.

Este trabajo se realizó con el objetivo de comprender qué virus circulaban en Roraima. A partir del análisis de muestras recolectadas entre diciembre de 2018 y diciembre de 2021 –durante los brotes de dengue y fiebre chikungunya en Roraima– se generó una visión general de qué arbovirus circulaban allí.

Como los virus Mayaro y Chikungunya tienen un alto grado de intercambio antigénico, se esperaba que una infección protegiera al individuo de la otra. En otras palabras, se creía que los anticuerpos específicos y los linfocitos T producidos en respuesta a la infección por uno de los virus tenían la capacidad de reconocer al otro. Sin embargo, al contrario, se detectaron los virus Mayaro y Chikungunya en las mismas regiones. Sin embargo, no se han identificado casos de personas infectadas simultáneamente por ambos patógenos.

La cocirculación de estos arbovirus indica la necesidad de implementar métodos moleculares para un diagnóstico preciso, como las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa, que detectan el material genético presente en muestras biológicas. Se trata de enfermedades que clínicamente se confunden, ya que provocan síntomas similares, como fiebre alta, dolores articulares y cansancio.

El virus Mayaro es transmitido por un mosquito salvaje –*Haemagogus janthinomys*–, el mismo vector que la fiebre amarilla. Pero la deforestación provocada por la explotación ilegal de recursos naturales, especialmente la minería, puede provocar que se produzca la transmisión del virus Mayaro en entornos urbanos.

El estado de Roraima registra una alta población de migrantes y una fuerte presencia de minería en zonas forestales cercanas a las ciudades.

Las personas que trabajan en ambientes forestales –en la minería, la tala o la pesca, por ejemplo– podrían actuar como puente, facilitando la eventual introducción y establecimiento de la transmisión del virus Mayaro en ambientes urbanos. En el estudio, 11% de las muestras infectadas por este virus procedían de pescadores.

De las 822 muestras de sangre recolectadas de pacientes atendidos en centros de salud y que padecían alguna enfermedad febril aguda –fiebre alta asociada a escalofríos, dolor de cabeza, dolores musculares o tos generalmente relacionada con algún agente infeccioso–, 190 (23,1%) dieron positivo a algunos arbovirus.

Los investigadores extrajeron ARN de todas las muestras de sangre y, mediante pruebas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (rRT-PCR), detectaron virus Dengue en 146 de ellas (17,8%), virus Mayaro en 28 (3,4%) y virus Chikungunya en 16 (1,9%). Además de estos patógenos, también se buscaron (pero no se encontraron) los virus Zika y Oropouche.

Además de identificar la cocirculación de los virus Mayaro y Chikungunya y una frecuencia muy alta del Dengue (incluida la coinfección por los serotipos DENV-1 y DENV-2), se observó que, en la mayoría de los casos (76,9%), no se pudo saber qué virus está causando la enfermedad.

Solo con la implementación de una mayor vigilancia molecular y genómica, tanto en humanos como en mosquitos vectores, será posible monitorear el potencial establecimiento del virus Mayaro en un ciclo de transmisión amplificado por los humanos. Es necesaria una vigilancia sólida, no sólo para identificar en qué medida la actividad humana en las zonas forestales puede afectar la dinámica de la circulación del virus, sino también para predecir posibles nuevos brotes. Todas estas enfermedades son muy incapacitantes, generando pérdidas económicas y sociales a los pacientes, además de imponer una carga excesiva al sistema sanitario para atender a estos pacientes.

Este informe presenta argumentos sólidos a favor de la cocirculación de dos arbovirus relacionados, Mayaro y Chikungunya, y desacredita el concepto de que, debido a la similitud antigénica de estos dos virus, su circulación en la misma área proporcionaría una exclusión mutua. El virus Mayaro circula en un ciclo de transmisión forestal similar al del virus de la fiebre amarilla. No hay indicios en este estudio de que, desde su introducción en el Caribe en 2013 y en Brasil en 2014, el virus Chikungunya se haya establecido en el mismo ciclo de transmisión forestal que los virus Mayaro y de la fiebre amarilla. Presumiblemente, el virus Chikungunya circula de persona a persona en un ciclo urbano transmitido por *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Se espera que los estudios de seguimiento prueben los mosquitos para determinar los vectores y los lugares involucrados en la transmisión. Actualmente no hay vacunas disponibles para ninguno de los virus, por lo que evitar las picaduras de mosquitos es la única medida preventiva disponible.

El primer informe de casos de fiebre de Mayaro fue en 1955, en un brote en el estado de Pará, Brasil. En 2011, se notificaron miles de casos de fiebre de Mayaro en un brote que se produjo en Manaus, Amazonas, Brasil. El virus Mayaro, del género *Alphavirus*, familia *Togaviridae*, es endémico en áreas tropicales de América del Sur (Trinidad, Surinam, Guyana Francesa, Brasil, Perú, Bolivia y Venezuela). En 2016, se produjo una infección por virus Mayaro en un niño en Haití, lo que generó preocupación sobre la posible propagación de este virus en las Américas.

El Consejo Departamental para la Gestión del Riesgo de Desastres declaró el 12 de julio la Alerta Roja en varios municipios del Huila debido a un caso confirmado de fiebre amarilla. Las autoridades de salud en el departamento, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), pusieron en marcha los protocolos para descartar nuevos casos.

La muerte de un ciudadano, de 42 años de edad, llevó a las autoridades en Huila a declarar la Alerta Roja por la enfermedad en ocho municipios del departamento, incluida la zona oriental de la parte rural de Neiva.

El paciente, que vivía en Campoalegre, activó la ruta de atención en Rivera y falleció en el Hospital Universitario ‘Hernando Moncaleano Perdomo’ de Neiva, por lo que se tomaron las medidas necesarias para evitar cualquier contagio, especialmente en zonas de alta afluencia de público.

La declaración de la Alerta Roja se enmarca en el Reglamento Sanitario Internacional como una medida preventiva para proteger la salud pública y garantizar una respuesta rápida y efectiva ante la presencia de enfermedades transmisibles, sostuvo el secretario de Salud del departamento, el psicólogo Sergio Mauricio Zúñiga Ramírez.

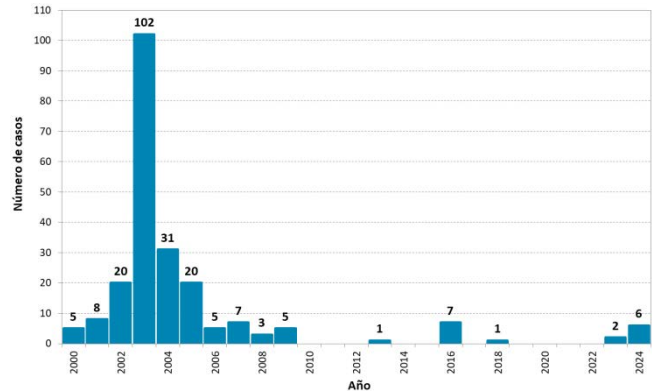
Los municipios en los que se declaró la Alerta Roja por fiebre amarilla son: Campoalegre, Rivera, Suaza, Acevedo, Guadalupe, Garzón, Algeciras y la zona rural dispersa del oriente de la ciudad de Neiva.

Según Zúñiga Ramírez, la medida preventiva de Alerta Roja se tomó por lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, teniendo en cuenta que estos municipios se encuentran en riesgo por su ubicación geográfica colindante con zonas selváticas de departamentos vecinos como Caquetá.

Agregó que es un trabajo que se hace de manera preventiva, invitando a la población susceptible de vacunación para que lo haga. Dentro de este grupo poblacional se encuentran las personas de entre 1 y 59 años de edad.

Por su parte, la epidemióloga de la Secretaría de Salud de Huila, Viviana Carolina García Charry, invitó a la población a verificar su carné de vacunación, puesto que ahora mismo cualquier persona que no esté vacunada es susceptible de contraer la enfermedad.

“La medida de prevención más efectiva contra la fiebre amarilla es la vacunación, que forma parte del Plan Ampliado de Inmunización y que ya se encuentra disponible en las instituciones prestadoras de salud (IPS) vacunadoras de los municipios, y está dirigida a la población de 1 a 59 años de edad”, explicó.



Casos de fiebre amarilla. Colombia. Años 2000/2024. Fuente: Instituto Nacional de Salud de Colombia. (Datos al 12 de julio de 2024).

Añadió que es de gran importancia que todos los residentes en los municipios priorizados busquen vacunarse. Además, instó a la población a estar alerta ante los síntomas de la enfermedad y a buscar atención médica si experimentan fiebre alta, dolores musculares intensos, dolor de cabeza persistente, vómitos, sangrado por la nariz, encías o estómago, y coloración amarillenta de la piel.

“No solo queremos prevenir la fiebre amarilla, sino que queremos prevenir el dengue, la fiebre Chikungunya y la fiebre zika, que son enfermedades del grupo de las arbovirosis, transmitidas por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*”, expresó García Charry.

Suficientes biológicos para atender la alerta

Si bien la Alerta Roja crea temor en la población, los funcionarios aclararon que la medida es de carácter preventivo y, por otro lado, que se cuenta con los biológicos suficientes para realizar las jornadas de vacunación que ya están en marcha.

Andrea Fernanda Agámez, profesional de apoyo del Plan Ampliado de Inmunización, refirió que “desde la notificación del caso, se vienen adelantando diferentes acciones referentes a la vacunación, teniendo en cuenta que se trata de la manera más efectiva de controlar la enfermedad; venimos trabajando con los municipios categorizados como de alto riesgo: Guadalupe, Suaza, Garzón, Algeciras, Rivera, Campoalegre, Acevedo y la zona oriente dispersa del municipio de Neiva”, manifestó.

Señaló además que se cuenta con el acompañamiento del Instituto Nacional de Salud, para realizar jornadas de capacitación con el personal de la Secretaría, con el propósito de detectar posibles casos de la enfermedad y al tiempo se vienen realizando jornadas de vacunación en las zonas urbanas, casa por casa y en las zonas rurales de los municipios priorizados.

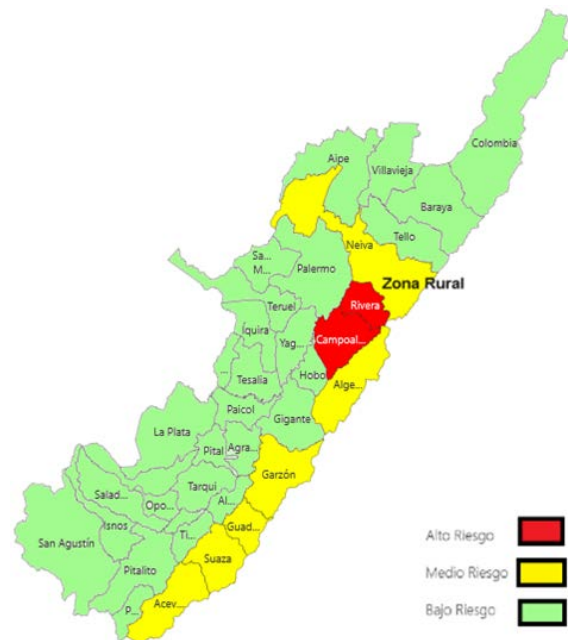
“También, teniendo en cuenta que el caso positivo se presentó en plena temporada de fiestas, se generaron diferentes planes de acción desde los municipios, ubicando puntos estratégicos de vacunación, en parques o lugares donde se iba a presentar mayor afluencia de público”, sumó.

Además, dijo que, junto con el ministerio, tienen a disposición los biológicos para dar respuesta a la vacunación. Se cuenta con 10.450 dosis en conservadoras de los municipios priorizados y, aparte de eso, los demás municipios cuentan con el biológico.

Asimismo, en el centro de acopio se cuenta con 14.550 dosis disponibles para distribuir, a fin de continuar con el plan de vacunación, añadió.

El registro de la vacunación hasta la fecha en los municipios afectados, una vez se conoció el caso positivo, según cifras suministradas por la Secretaría de Salud del Huila, son: Rivera (1.096 dosis aplicadas), Campoalegre (798), Suaza (560), Garzón (509), Acevedo (498), Guadalupe (175), Neiva (156), Algeciras (115).

En total, se han aplicado 3.907 dosis entre el 18 de junio y el 11 de julio, y se cuenta con un saldo de 10.896 dosis.



Mapa de riesgo para fiebre amarilla. Departamento Huila, Colombia. Año 2024, hasta el 12 de julio. Fuente: Secretaría de Salud de Huila.

Estadísticas

- En Colombia, entre los años 2000 y 2019 se confirmaron 215 casos de fiebre amarilla y se investigaron 795 casos probables.
- La tasa de letalidad acumulada del periodo comprendido entre 2000 y 2019 fue de 51,2%.
- En 2024 van siete casos confirmados, en: Putumayo (4), Nariño (1), Vaupés (1) y Huila (1).
- A nivel internacional y puntualmente en el contexto de las Américas, se registraron en 2023, 41 casos, en Perú (28 casos, 16 fallecidos), Brasil (6 casos, 4 fallecidos), Bolivia (5 casos, 2 fallecidos) y Colombia (2 casos).

Las autoridades sanitarias cubanas confirmaron esta semana la presencia del virus de Oropouche en Pinar del Río. Los pacientes contagiados se encuentran en la cabecera provincial, fundamentalmente en el Área de Salud ‘Raúl Sánchez Rodríguez’, en el Consejo Popular ‘Celso Maragoto Lara’.

Andrés Villar Bahamonde, director provincial de Higiene y Epidemiología, aseguró que inicialmente se detectó la presencia del virus de Oropouche en tres pacientes que presentaron síntomas atribuidos a la enfermedad. Pinar del Río era una de las pocas provincias donde no se habían confirmado casos y ahora alertan por la circulación del virus en el territorio.

A partir de una estrecha y profunda vigilancia epidemiológica sobre los casos con síndromes febriles inespecíficos, los especialistas de la Salud confirmaron la circulación del virus de Oropouche en la cabecera provincial.

Los especialistas indicaron que los estudios de los casos iniciaron a partir de un incremento de pacientes con síndromes febriles en las últimas semanas, los cuales resultaron de baja reactividad para dengue.

Las sospechas de la circulación del virus de Oropouche fueron confirmadas con los estudios pertinentes, por lo que se decidió establecer un protocolo similar al que se sigue con el dengue.

El virus en Cuba

El 12 de julio, las autoridades sanitarias de Las Tunas confirmaron los primeros casos del virus de Oropouche en el territorio. Esta era una de las dos provincias en el país donde aún no se había registrado oficialmente la presencia del virus.

Los resultados de dos muestras enviadas al Instituto de Medicina Tropical ‘Prof. Pedro Kourí Esmeja’ (IPK) confirmaron las sospechas de las autoridades de salud de la provincia.

“Estamos vigilando las arbovirosis y todos los síndromes febriles”, dijo al respecto Aldo Cortés González, subdirector del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. El especialista se refirió a la importancia de que la población acuda a los centros de salud ante cualquier síndrome febril inespecífico y subrayó la necesidad de fortalecer la higiene comunitaria para evitar la proliferación de mosquitos, tanto del *Aedes aegypti* como del *Culex*.

El escenario epidemiológico de la provincia se complica con la presencia de múltiples virosis, tanto respiratorias como digestivas, que pueden ir acompañadas de fiebre.

La semana pasada, el director nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, Francisco Durán García, indicó: “El virus comenzó por Santiago de Cuba y Cienfuegos (en mayo), pero hoy hablamos además de Matanzas, Mayabeque, Villa Clara, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Holguín, Guantánamo, Artemisa, Camagüey y Granma”. Durán García no mencionó a La Habana, que sí ha sido incluida en otros reportes.



El Departamento de Salud del Estado de Oklahoma (OSDH) informó del primer caso humano y muerte causados por el virus del Nilo Occidental (VNO) en un residente del suroeste de Oklahoma. El paciente estuvo hospitalizado antes de fallecer.

El VNO se propaga a través de la picadura de un mosquito infectado. En Oklahoma, el VNO se propaga principalmente a través del mosquito *Culex*, que se alimenta de aves infectadas y luego propaga el virus al picar a seres humanos, caballos y otros mamíferos. Este tipo de mosquito aumenta en abundancia a mediados y fines del verano, cuando las temperaturas son altas y el clima es seco.

“Se espera que el número de casos humanos aumente a medida que las temperaturas suban durante el verano”, dijo Jolianne Stone, epidemióloga estatal. “Normalmente, el verano es el comienzo de la temporada del virus del Nilo Occidental en Oklahoma, por lo que, al haber más personas participando en actividades al aire libre, hay más posibilidades de encontrarse con mosquitos infectados”.

Los funcionarios del OSDH recordaron a la población tomar precauciones para evitar las picaduras de mosquitos y prevenir el VNO.

Si bien la gran mayoría de las personas con VNO no experimentan síntomas después de una infección, aquellos que presentan síntomas suelen ser leves y pueden incluir fiebre repentina, dolor de cabeza, mareos o debilidad muscular. La recuperación generalmente ocurre dentro de una a tres semanas.

Las personas mayores de 50 años, diabéticas o con hipertensión no controlada tienen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad neurológica grave a causa de la infección por el virus del Nilo Occidental. Cuando la enfermedad afecta al sistema nervioso, puede causar confusión o desorientación, pérdida de conciencia, parálisis, rigidez del cuello o coma.

Las complicaciones a largo plazo de la enfermedad por el VNO pueden incluir dificultad para concentrarse, migrañas, dolores de cabeza, debilidad muscular extrema y temblores, y parálisis de una extremidad. No existe vacuna ni medicamento para tratar esta enfermedad. La mejor defensa es tomar medidas para evitar las picaduras de mosquitos.

Decenas de casos de salmonelosis han sido relacionados con leche sin pasteurizar de una granja de California, un brote mucho más amplio de lo que se conocía anteriormente, según registros estatales recientemente publicados.

Hasta febrero, al menos 165 personas contrajeron salmonelosis vinculada a productos de Raw Farm, de Fresno, California, según los registros. Es el mayor brote de salmonelosis relacionado con la leche sin pasteurizar registrado en Estados Unidos en la última década, según los funcionarios de salud.



La revelación de la magnitud del brote se produce en un momento en que los funcionarios de salud advierten a la población que evite la leche no pasteurizada debido a un virus de la influenza aviar que circula entre las vacas lecheras del país. La influenza aviar A(H5N1) se ha detectado en más de 140 rebaños lecheros de Estados Unidos, y los funcionarios de salud federales afirman que el virus se ha detectado en niveles elevados en la leche sin pasteurizar.

Los funcionarios de salud estatales y locales no habían informado al público sobre el alcance total del brote de salmonelosis desde octubre, cuando las autoridades de San Diego informaron sobre una docena de casos. En ese momento, Raw Farm emitió un retiro voluntario de la leche y la crema vendidas entre el 11 de octubre y el 6 de noviembre.

Sin embargo, los casos siguieron acumulándose. Los investigadores compararon muestras de personas enfermas con muestras de la granja y de una tienda minorista. Más de 60% de las personas con infecciones confirmadas que fueron entrevistadas informaron haber consumido productos de Raw Farm. Se infectaron personas de cuatro estados, aunque la gran mayoría (162) eran de California. Cuatro de las personas con salmonelosis también estaban infectadas con *Campylobacter* y/o la peligrosa bacteria *Escherichia coli*.

Según las autoridades, casi 40% de los casos de enfermedad se dieron en niños menores de cinco años. Veinte personas fueron hospitalizadas y no se informó de ninguna muerte.

Los funcionarios de salud de California dijeron el 10 de julio que habían llevado a cabo una investigación “sólida” en colaboración con equipos locales y funcionarios de Agricultura del estado y notificaron al público sobre el brote a través del aviso de retiro de octubre y publicaciones en las redes sociales en octubre, noviembre y diciembre. El brote terminó el 4 de mayo, dijeron los funcionarios. No está claro si se informaron más casos después de febrero.

Mark McAfee, propietario de Raw Farm, reconoció que sus productos fueron la causa del brote. Dijo que una sola vaca se infectó con *Salmonella* el otoño pasado y luego fue retirada del rebaño. Dijo que puso en marcha protocolos de prueba adicionales en respuesta al brote.

En Alemania, dos personas contrajeron botulismo tras consumir hongos encurtidos procedentes de Rusia.

Los dos casos confirmados fueron causados por la neurotoxina botulínica A. Los síntomas comenzaron en abril y mayo. Ambos enfermos consumieron una conserva de hongos en salmuera.

Un laboratorio del Instituto Robert Koch (RKI), encontró neurotoxina botulínica tipo A en un frasco sin abrir del producto procedente del domicilio del segundo paciente. El producto, de 500 gramos, se produjo el 20 de noviembre de 2023 y caduca el 20 de mayo de 2025.

Según datos del Sistema de Alerta Rápida para Alimentos y Piensos (RASFF), el producto también se distribuyó en Alemania, Bélgica, Chequia, España, Italia, Luxemburgo, Reino Unido, Suecia y Suiza. Las autoridades tomaron medidas, incluidas alertas públicas y retiros del mercado.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) dijo que está monitoreando el evento y contactando a los estados miembros y a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA).

“Dada la distribución del producto implicado en los países de la Unión Europea y su larga vida útil (mayo de 2025), el riesgo de contraer botulismo es alto entre los consumidores que han comprado el producto implicado y no lo devuelven al punto de venta”, dijo el ECDC.

En lo que va del año, Alemania ha notificado seis casos de todo tipo de botulismo, frente a los 33 casos del mismo periodo de 2023.



Las neurotoxinas botulínicas (BoNTs) producidas por especies de *Clostridium* son las toxinas naturales identificadas más potentes. Clásicamente, el síndrome neurológico tóxico se caracteriza por una parálisis flácida descendente simétrica aguda (afebril). El síndrome clínico típico más conocido del botulismo se refiere a la forma transmitida por los alimentos. Todas las diferentes formas se caracterizan por los mismos síntomas, causados por parálisis neuromuscular inducida por toxinas. El diagnóstico del botulismo es esencialmente clínico, así como la decisión de aplicar el tratamiento antídoto específico. El papel del laboratorio es obligatorio para confirmar la sospecha clínica en relación con las agencias reguladoras, para identificar las BoNTs involucradas y la fuente de intoxicación. El diagnóstico de laboratorio del botulismo transmitido por alimentos se basa en la detección de BoNTs en muestras clínicas y/o de alimentos y el aislamiento de BoNTs de las heces. La intoxicación por botulismo transmitido por alimentos a menudo está infradiagnosticada; los síntomas iniciales pueden confundirse con afecciones clínicas más comunes (es decir, accidente cerebrovascular, miastenia gravis, síndrome de Guillain-Barré, variante de Miller-Fisher, síndrome de Eaton-Lambert, parálisis por garrapatas e intoxicación por mariscos o tetrodotoxina). El tratamiento incluye procedimientos de descontaminación, administración de antídotos y, cuando sea necesario, apoyo de la función respiratoria; algunas diferencias están relacionadas con las diferentes formas de exposición.

El 21 de junio de 2024, se confirmó un nuevo caso de parálisis flácida aguda (PFA) por poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en la semana epidemiológica 9 de 2024. Esto eleva a 10 el número total de casos de poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (VDPV2) hasta el 23 de junio de 2024. El último caso confirmado es el de una niña de 2 años del municipio de Alto Zambeze, en la provincia de Moxico, que experimentó parálisis el 11 de mayo de 2024 sin antecedentes de vacunación contra la poliomielitis.



Además, la niña no tenía antecedentes de viajes recientes fuera del país y el análisis genético no indicó ningún vínculo con virus circulantes conocidos en Angola.

De los 10 casos, se confirmó que nueve eran cVDPV2, mientras que uno era VDPV2. Los casos confirmados se notificaron en las provincias de Lunda Norte (6), Luanda (2), Huambo (1) y Moxico (1). Cuatro de ellos fueron detectados en niños menores de cinco años, y seis del entorno. Tres de estos casos fueron PFA y tuvieron contacto con un niño sano. La inversión en capacidad de vigilancia ha sido un éxito rotundo, lo que ha permitido detectar y responder oportunamente a posibles amenazas de poliomielitis.

En 2024, hasta junio, se notificó un total de 185 casos de PFA, y 467 casos en los últimos 12 meses. La tasa de detección nacional de PFA es de 3 cada 100.000 habitantes, cifra superior a la tasa de 2,5 reportada durante el mismo período en 2023. Hubo una mejora con respecto a la tasa anual de 2,9 de PFA no polio del año pasado desde 1,6 cada 100.000 para los menores de 15 años. Además, el porcentaje de muestras adecuadas recolectadas para las pruebas ha disminuido a 82% en comparación con el 90% del año pasado.

En cuanto a la tasa de detección y el porcentaje de muestra adecuado, 31% de los distritos logró ambos indicadores clave, 32% logró al menos un indicador y 30% notificó casos pero no cumplió con ninguno de los puntos de referencia. De los 163 distritos de Angola, 12 distritos (7%) no notificaron ningún caso de PFA en 2023. Hay 17 casos de PFA notificados este año en espera de clasificación por parte del Comité Nacional de Eliminación de la Poliovirus debido a muestras inadecuadas.

Acciones de salud pública

- Intensificación de la coordinación a través de reuniones periódicas del comité nacional y de los comités subnacionales en toda Angola.
- Para interrumpir la transmisión actual del poliovirus y proteger a los niños de la parálisis infantil, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Alianza para las Vacunas, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, el Ministerio Federal de Salud de Alemania, Rotary International y otros socios estratégicos en la lucha contra la

poliomielitis, llevó a cabo la segunda ronda de la campaña de vacunación contra la enfermedad del 28 al 30 de junio de 2024.

- Está en marcha una campaña nacional de inmunización dirigida a 3,8 millones de niños menores de 5 años en 88 municipios de 11 provincias, una vacunación complementaria destinada a interrumpir la propagación del virus.
- Los funcionarios de salud pública están monitoreando activamente la situación e instando a todos los padres a garantizar que sus hijos menores de cinco años estén completamente vacunados contra la poliomielitis.
- Fortalecimiento de la vigilancia ambiental de la poliomielitis en todo el país. Se realiza la confirmación continua de casos en laboratorio y una recolección de muestras para la detección temprana de brotes.
- Fortalecimiento de la promoción y la participación comunitaria a través de campañas de concientización, divulgación en los medios y campañas comunitarias.

Interpretación de la situación

Angola está experimentando un brote de infecciones por cVDPV2. En general, los casos de PFA en 2024 son más altos que en 2023, lo que requiere una acción urgente por parte del gobierno y de todas las partes interesadas. Desde entonces, el país ha fortalecido la respuesta de salud pública, que incluye campañas de vacunación, mejoras en la vigilancia y participación comunitaria. Sin embargo, se necesita una vigilancia continua para garantizar el fin del brote debido al aumento de la tasa de detección de PFA y la disminución de la recolección adecuada de muestras, lo que se ha identificado como un desafío en Angola.



La epidemia de cólera en Comoras fue declarada oficialmente el 2 de febrero de 2024. El último brote de la enfermedad en el territorio nacional se remonta a 2007.

En 2024, hasta el 30 de junio, según los últimos datos oficiales disponibles del Ministerio de Salud, se han notificado 10.142 casos sospechosos y 147 muertes (tasa de letalidad de 1,45%, incluidas muertes en comunidades e instituciones), lo que convierte al cólera en la principal emergencia de salud pública en el país. El 58% de las muertes reportadas ocurrieron en comunidades.

La incidencia del cólera muestra una tendencia decreciente desde hace varias semanas. Sin embargo, las tres islas de las Comoras siguieron experimentando transmisión local, aunque se notificaron muy pocos casos en Ngazidja y Mwali durante el período que abarca el [informe](#), y una disminución en Ndzuwani en las últimas semanas.

Anjouan sigue siendo el epicentro de la epidemia y por sí sola representaba 8.942 casos sospechosos (88% de todos los casos notificados en el país) al 30 de junio. Los distritos de Mutsumudu y Domoni han notificado el mayor número de casos sospechosos, pero desde la semana epidemiológica 24, se han registrado nuevos casos en los distritos de Tsembehou, Mremani y Pomoni.

A nivel nacional, el sexo masculino representa 54% de todos los casos de cólera. Más de 35% de los casos son niños y adolescentes, y 25% son menores de 15 años. La epidemia de cólera sigue planteando riesgos importantes para toda la comunidad, con un mayor potencial de transmisión a medida que comienza la temporada del “gran matrimonio”, un rito social que implica grandes concentraciones de población.

Esta epidemia importada en Comoras ya se ha extendido a la vecina isla de Mayotte, donde hasta el 25 de junio se habían notificado más de 210 casos confirmados y dos muertes. También existe el riesgo de una mayor propagación de la epidemia en la región, por ejemplo en Madagascar.

En el esfuerzo urgente por controlar el brote de cólera, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia sigue plenamente comprometido a apoyar al Gobierno de Comoras mediante una estrecha coordinación y colaboración, lo que permitirá la necesaria intensificación de los esfuerzos para abordar los principales desafíos que enfrenta.



Este verano boreal supone un desafío adicional para la salud pública de El Líbano, junto con temperaturas más altas de lo normal.

El país registra un aumento de enfermedades transmitidas por alimentos y agua, principalmente la hepatitis A, según [estadísticas recientes publicadas por el Ministerio de Salud Pública de El Líbano](#) a partir de cifras recopiladas en hospitales, centros de salud y laboratorios.

El virus de la hepatitis A se transmite principalmente cuando una persona no infectada (y no vacunada) ingiere alimentos o agua contaminados con heces de una persona infectada. La enfermedad está estrechamente relacionada con el agua o los alimentos no seguros, el saneamiento inadecuado, la mala higiene personal y el sexo oral-anal.

Una crisis económica persistente y espionosa azota al país desde hace años y se considera la principal culpable del deterioro de los servicios básicos, las instalaciones comunitarias y los servicios públicos.

El Dr. Abdulrahman Bizri, miembro del parlamento libanés y del comité parlamentario de salud pública, profesor de medicina y enfermedades infecciosas en la Universidad Americana de Beirut (AUB) y presidente del comité nacional de vacunas y respuesta a la covid, culpa al colapso de la moneda libanesa, la negligencia, las intratables crisis económicas, políticas y de medios de subsistencia, la mala gestión y la mala praxis prevaleciente por las complicaciones en la prevención y contención de enfermedades, incluidas las transmisibles.

“Todos estos factores llevaron a fallas en el mantenimiento de la infraestructura de salud, como el alcantarillado, y el suministro de agua potable a los hogares para uso humano directo o indirecto a través de productos agrícolas y/o ganado, lo que dio lugar a la propagación de muchas enfermedades, en particular las infecciosas transmitidas a través del agua contaminada, como el cólera, la hepatitis A, la diarrea aguda, la disentería, la salmonelosis y otras”.

Escasez de personal y recortes presupuestarios

La disfunción gubernamental, la escasez de mantenimiento e inversión y la corrupción desaceleraron el desarrollo de los servicios y las respuestas a los brotes de salud.

El Dr. Hussein Hassan, profesor e investigador en seguridad alimentaria y producción de alimentos en la Universidad Libanesa Americana (LAU), señaló dos elementos adicionales que han afectado profundamente la situación de la salud pública: la reducción de la financiación y el éxodo de médicos.

“En los hospitales, por ejemplo, tenemos escasez de personal debido a la fuga de cerebros, mientras que sufrimos de ineficiencia y trabajadores fantasma. Lamentablemente, también tenemos sobornos y recortes presupuestarios que retrasan proyectos muy necesarios”.

¿Puede el Ministerio de Salud, con su forma actual en vista del gasto público, reducir su capacidad para gestionar y proteger contra las enfermedades transmisibles?

Bizri afirma que “el Ministerio de Salud se enfrenta a una ardua batalla debido a sus limitadas capacidades. Depende en gran medida del apoyo de la comunidad internacional, por ejemplo,

la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), entre otros, para controlar estas enfermedades”.

Para superar esta situación es necesario adoptar un enfoque integral y holístico, que se base en medidas a corto y largo plazo que deben adoptarse en muchos niveles oficiales y públicos. Hassan cree que “se debe reforzar la vigilancia de los brotes, llevar a cabo campañas de vacunación masiva, proporcionar a las personas afectadas los suministros necesarios y mejorar el agua y el saneamiento en zonas concurridas instalando sistemas de purificación e incluso distribuyendo agua embotellada”.

Gran presencia de refugiados sirios

La pobreza, la escasa conciencia pública, la educación inadecuada, un entorno social con conocimientos mínimos y el desprecio por las buenas prácticas de higiene contribuyen a la transmisión de enfermedades transmisibles.

Bizri se refiere a la considerable presencia de refugiados sirios que viven en condiciones difíciles, congregados en campamentos desorganizados con estructuras sanitarias fiables insuficientes y agua para consumo no segura. Aplaudió la colaboración tripartita entre el Ministerio de Salud libanés, organizaciones internacionales como la OMS y la ACNUR y el considerable sector privado médico libanés en la lucha contra las enfermedades que amenazan al país.

“El Líbano logró contener muchas epidemias con potencial de propagarse. El cuerpo médico libanés, incluida la sociedad civil, se ofreció voluntariamente de manera masiva para controlar la propagación de estas enfermedades. El sector de la salud encabezó los esfuerzos para abordar la pandemia de covid y sigue estando a la vanguardia de la lucha contra las enfermedades transmisibles”.

Sin embargo, tiene reservas respecto del “escéptico papel de la ACNUR en su lucha contra muchas de las epidemias que amenazan a El Líbano como resultado de la existencia concentrada de refugiados sirios, ya que no trata de manera transparente con el gobierno libanés y sus instituciones oficiales”.

Para garantizar la continuidad de los programas de prevención y control de la salud pública, Hassan trazó algunas medidas a largo plazo que se deben implementar, entre ellas “la estabilidad económica y política, el fortalecimiento del sistema de atención de la salud, la inversión en la mejora de los sistemas de suministro de agua y alcantarillado, y el desarrollo e implementación de programas de mantenimiento relacionados con la seguridad del agua, en particular entre los refugiados”.

Reconoció el papel crucial que desempeñan la colaboración internacional y el apoyo financiero y técnico prestado por las organizaciones no gubernamentales.

La desconfianza ha dañado la relación entre el sistema de salud y los ciudadanos. “Creo que los ciudadanos libaneses perdieron la fe en el sector sanitario hace mucho tiempo”, afirmó Bizri. “Sin embargo, siguen dependiendo de este sector, que ofrece servicios médicos y sanitarios asequibles en comparación con los costos de la atención sanitaria privada en El Líbano. El país cuenta con servicios y tratamientos médicos avanzados, pero su sanidad pública sigue padeciendo un déficit significativo”.

El brote de malaria en Etiopía aún continúa y ha tenido una tendencia creciente desde la semana epidemiológica 17 de 2024. En la semana epidemiológica 23, hubo 177.561 casos nuevos y 38 muertes notificadas, con una cobertura de notificación de 88,1%. Un total de 170.969 (96,3%) fueron casos confirmados, de los cuales 63,7% fueron causados por *Plasmodium falciparum* y 33,2% por *Plasmodium vivax*. Hubo un aumento de 16,5% en la incidencia de nuevos casos en la semana epidemiológica 23 respecto de la semana anterior.

Desde principios de año, ha habido un total de 2.321.931 casos de malaria y 409 muertes relacionadas con ella en Etiopía. Se han notificado casos en 14 regiones, siendo la región de Oromía el epicentro, que notificó la mayoría de los casos (69.203 casos; 40,0%). Le siguen la región de Amhara (43.635 casos; 24,6%) y el Southwest Ethiopia Peoples' Regional State (19.150 casos; 10,8%).

Todas las regiones, excepto la región de Harari, han notificado casos que exceden el umbral de acción contra la malaria. En particular, el número de casos de malaria notificados se ha duplicado en comparación con la semana epidemiológica 23 del año anterior.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud están coordinando la respuesta a la epidemia de malaria con otras enfermedades transmitidas por vectores.
- El Ministerio de Salud lanzó una nueva iniciativa para frenar el aumento de la malaria en zonas con alta carga y afectadas por conflictos.
- Se ha revitalizado la red de vigilancia en zonas de alta carga, afectadas por conflictos y establecimientos de salud que no funcionan para garantizar una cobertura integral y la detección oportuna de los casos de malaria.
- Se ha capacitado a los trabajadores de la salud en el manejo de casos de malaria, así como en la producción y distribución de pautas de tratamiento de la malaria y otras ayudas laborales.
- Se ha mejorado el acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria mediante el despliegue de equipos de salud móviles y el establecimiento de centros de tratamiento temporales en zonas afectadas por conflictos y para desplazados internos y refugiados.
- Se adquirieron y distribuyeron medicamentos contra la malaria, incluidas terapias combinadas basadas en artemisinina, inyecciones de artesunato, cloroquina, primaquina y supositorios de artesunato, hasta los centros sanitarios, para garantizar la accesibilidad.
- Se procura la colaboración con otros sectores para implementar la gestión ambiental y de fuentes larvianas, especialmente en áreas donde prevalecen los contenedores de agua abiertos.
- Se movilizaron recursos para sostener las medidas de control en curso lideradas por el Ministerio de Salud
- Se han fortalecido los esfuerzos integrados de control de vectores para combatir la transmisión de la malaria.

- Se han asignado recursos para la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración como parte de intervenciones programáticas más amplias para la prevención de la malaria.
- Se monitorean y abordan los casos de resistencia a los insecticidas para garantizar la eficacia de las medidas de control de vectores.
- Se promocionan los comportamientos de búsqueda de atención y fomento del uso adecuado de mosquiteros con insecticidas de larga duración en áreas endémicas de malaria a través de campañas específicas de promoción de la salud e iniciativas de participación comunitaria.

Interpretación de la situación

La susceptibilidad de Etiopia a las epidemias de malaria se debe a sus pronunciadas disparidades climáticas, topográficas y demográficas, que influyen en el riesgo de malaria en las diferentes regiones. Normalmente, los picos de malaria ocurren entre septiembre y diciembre después de la temporada primaria de lluvias, de junio a septiembre y de abril a mayo después de la temporada secundaria de lluvias. Además, la interrupción de las actividades de eliminación de la malaria debido principalmente a los conflictos, la afluencia de refugiados, el cambio climático y la inestabilidad en la gobernanza sanitaria contribuyeron a los brotes masivos. Etiopia necesita apoyo continuo para implementar medidas que controlen este alarmante número anual de casos y muertes por malaria.



Las últimas cifras en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) muestran una tendencia ascendente continua en el número de casos de dengue importados de regiones endémicas, así como un número cada vez mayor de brotes locales de infecciones por el virus del Nilo Occidental y el dengue.

“Europa ya está viendo cómo el cambio climático está creando condiciones más favorables para que los mosquitos invasores se propaguen a zonas que antes no estaban afectadas e infecten a más personas con enfermedades como el dengue. El aumento de los viajes internacionales desde países donde el dengue es endémico también aumentará el riesgo de casos importados e, inevitablemente, también el riesgo de brotes locales”, afirmó Andrea Ammon, director del ECDC. “Las medidas de protección personal combinadas con medidas de control de vectores, detección temprana de casos, vigilancia oportuna, investigación adicional y actividades de sensibilización son fundamentales en las zonas de Europa con mayor riesgo”.

En 2023, se notificaron 130 casos de dengue de transmisión local en la UE/EEE, y 71 casos en 2022. Se trata de un aumento significativo en comparación con el decenio 2010-2021, en el que el número total de casos de transmisión local fue de 73 durante todo el período. Los casos importados también están aumentando, con 1.572 casos notificados en 2022 y más de 4.900 casos en 2023. Se trata del mayor número de casos importados de dengue notificados desde el inicio de la vigilancia a nivel de la UE en 2008. En los primeros meses de 2024, varios países han notificado aumentos sustanciales en el número de casos importados de dengue, lo que podría sugerir que las cifras en 2024 podrían ser aún mayores.

En 2023, los países de la UE/EEE notificaron 713 casos humanos de transmisión local del virus del Nilo Occidental en 123 regiones diferentes de nueve países de la UE. Veintidós de estas regiones fueron notificadas como lugares de infección por primera vez en 2023; también se notificaron 67 muertes. El recuento de casos notificados es inferior al de 2022, con 1.133 casos humanos, pero el número de regiones afectadas es el más alto desde el pico de 2018, lo que indica una amplia circulación geográfica del virus.

El mosquito *Aedes albopictus*, conocido por transmitir los virus Dengue, Chikungunya y Zika, se está extendiendo más al norte, este y oeste de Europa y ahora tiene poblaciones autosuficientes en 13 países de la UE/EEE. El *Aedes aegypti*, un vector de los virus de la fiebre amarilla, Dengue, Chikungunya y Zika, se estableció recientemente en Chipre. Su potencial de establecimiento en otras partes de Europa es preocupante debido a su importante capacidad para transmitir patógenos y su preferencia por picar a los humanos. El mosquito *Culex pipiens*, responsable de la propagación del virus del Nilo Occidental, es originario de Europa y está presente en toda la UE/EEE.

Se prevé que el cambio climático afectará en gran medida la propagación de enfermedades transmitidas por mosquitos en Europa, por ejemplo, a través de la creación de condiciones ambientales favorables para el establecimiento y el crecimiento de las poblaciones de mosquitos. Este año, se informó de un caso humano confirmado de infección por el virus del Nilo Occidental de transmisión local, cuyos síntomas comenzaron a principios de marzo, en Sevilla (España). Aunque se trata de un caso aislado, pone de relieve que la transmisión del virus

del Nilo Occidental puede producirse muy temprano en el año, probablemente debido a las condiciones climáticas adecuadas.

El establecimiento de medidas coordinadas de control de vectores es un elemento clave para la lucha contra las enfermedades transmitidas por mosquitos y será necesario seguir investigando para desarrollar herramientas eficaces pero respetuosas con el ambiente para controlar las poblaciones de mosquitos. Al mismo tiempo, se deben difundir entre la población medidas sencillas como la eliminación del agua estancada en jardines o balcones donde se reproducen los mosquitos. Las medidas de protección personal para reducir el riesgo de picaduras de mosquitos incluyen el uso de ropa que cubra la mayor parte del cuerpo, el uso de repelentes de mosquitos, el uso de mosquiteros o mosquiteros en ventanas y puertas y dormir o descansar en habitaciones con aire acondicionado. Para que estas medidas se apliquen ampliamente, son esenciales campañas eficaces de concienciación entre el público en general.

Una mejor vigilancia y la detección temprana de casos de enfermedades transmitidas por mosquitos relacionados con viajes y adquiridos localmente siguen siendo esenciales para implementar medidas oportunas y apropiadas de control de vectores y enfermedades.

Algunas cifras

Hasta 2024, en la UE/EEE, *Aedes albopictus* se ha establecido en Alemania, Austria, Bulgaria, Croacia, Eslovenia, España, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Malta, Portugal y Rumania, y está introducido en Bélgica, Chequia, Chipre, Eslovaquia, Liechtenstein, Países Bajos y Suecia.

Hasta 2024, *Aedes aegypti* se ha establecido en Chipre y en varias regiones ultraperiféricas de la UE, como Madeira (Portugal) y las islas del Caribe francés.

Desde 2010, año en el que se registró el primer brote reciente de dengue, se han producido 48 brotes de dengue transmitido por vectores. Entre 2010 y 2017 se produjeron hasta tres brotes al año, cinco brotes en 2018, siete en 2020, 10 brotes en 2022 y el pico se observó el año pasado en 2023, con ocho brotes en Francia, cuatro en Italia y dos en España.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria (NCDC) informó de un brote de difteria importante y generalizado en todo el país. El prolongado brote comenzó en la semana epidemiológica 19 de 2022 y persistió hasta 2024, causando un importante problema de salud pública.

Hasta la semana epidemiológica 23 de 2024, el brote ha afectado a 16 estados y 129 áreas de gobierno local (LGA), con un total de 8.827 casos sospechosos notificados. De ellos, 6.028 (68,3%) casos han sido confirmados, de los cuales, 371 lo fueron mediante pruebas de laboratorio, 515 por vínculo epidemiológica y 5.142 por compatibilidad clínica. Un total de 1.883 casos resultaron negativos y han sido descartados, mientras que 916 casos permanecen pendientes o desconocidos.

El brote ha provocado 101 muertes confirmadas, lo que arroja una tasa de letalidad de 1,6%. Los estados con el mayor número de muertes confirmadas son Kano (66 muertes), Borno (13) y Jigawa (2). Otros estados afectados son Bauchi, Katsina, Yobe y el Territorio de la Capital Federal.

Desde la semana epidemiológica 19 de 2022 hasta la semana 23 de 2024, se registraron 32.869 casos sospechosos y 20.256 casos confirmados. La tasa de letalidad para el período que abarca el informe es de 4,4%, con 884 muertes confirmadas.

Casi la mitad de los casos confirmados (49,5%) no estaban vacunados, lo que indica una vulnerabilidad sustancial dentro de la población. Además, 6,9% había recibido sólo una vacunación parcial. Por el contrario, 24,9% de los casos confirmados estaban completamente vacunados, lo que sugiere posibles desafíos en la eficacia de la vacuna o la necesidad de dosis de refuerzo. Además, en 10,7% de los casos se desconocía el estado de vacunación, lo que indica lagunas en el mantenimiento de registros y el seguimiento de la vacunación. Estas cifras subrayan la necesidad urgente de mejorar las campañas de vacunación, completar los calendarios de vacunación y mejorar los sistemas de seguimiento para controlar el brote de forma eficaz.

Acciones de salud pública

En respuesta al brote, el NCDC, en colaboración con sus socios, ha implementado varias intervenciones clave de salud pública:

- Se están realizando inversiones en infraestructura de vigilancia para garantizar la detección, notificación y respuesta oportunas a los casos de difteria. Esto incluye monitoreo y notificación continuos de casos en los estados afectados, armonización y análisis de datos para el desarrollo de informes de situación, y seguimiento con los estados para actualizaciones y provisión de apoyo técnico.
- Los esfuerzos continuos de apoyo y pruebas de laboratorio incluyen pruebas preliminares y confirmatorias a nivel subnacional y nacional, validación de PCR en muestras clínicas con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos y la distribución de reactivos y consumibles necesarios a los sitios de pruebas. Además, se están llevando a cabo cursos de actualización para el personal de laboratorio para mejorar las capacidades de diagnóstico y garantizar pruebas precisas y eficientes.

- Se están realizando esfuerzos para mejorar los servicios de inmunización de rutina y llevar a cabo campañas de vacunación específicas en áreas de alto riesgo. Esto incluye implementar campañas de vacunación destinadas a llegar a las poblaciones no vacunadas y parcialmente vacunadas dentro de estas regiones. Además, se está promoviendo la inmunización sistemática para aumentar la cobertura vacunal general y prevenir futuros brotes.
- Se están realizando esfuerzos para fomentar una fuerte participación comunitaria y estrategias de comunicación para crear conciencia sobre la prevención de la difteria y la importancia de la vacunación. Esto incluye realizar campañas de concientización pública para educar a las comunidades e involucrarse con líderes comunitarios y partes interesadas para apoyar iniciativas de salud pública y fomentar la participación comunitaria.
- Colaboración con socios internacionales como la Organización Mundial de la Salud, Médicos Sin Fronteras, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y otros para apoyar los esfuerzos de respuesta al brote y la coordinación con las autoridades sanitarias locales para garantizar una respuesta unificada al brote.

Interpretación de la situación

El actual brote de difteria en Nigeria subraya la necesidad crítica de contar con una infraestructura de salud pública sólida y sistemas eficaces de vigilancia de enfermedades. A pesar de los importantes esfuerzos para controlar el brote, el elevado número de casos y la amplia distribución geográfica ponen de relieve los desafíos persistentes para lograr una cobertura de vacunación integral y capacidades de respuesta rápida. El gran número de casos sospechosos y confirmados, junto con el importante número de muertes, indican una grave amenaza para la salud pública que requiere una intervención sostenida. Por último, los datos sobre el estado de vacunación revelan que una proporción sustancial de los casos confirmados no están vacunados o están parcialmente vacunados, lo que pone de relieve la necesidad de mejorar las estrategias de inmunización.

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.