



14 DE OCTUBRE
2024
REC 2.863

SADI – UNA SALUD

- Juntos en Hiroki por un Bienestar Sostenible

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años
- Río Negro: Alerta por casos de sarampión

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por infecciones humanas por el virus de influenza aviar A(H5N1)

- Bolivia: Investigan un brote de rotavirus en Cochabamba

- Brasil: Suman 258.611 los casos de fiebre chikungunya en lo que va del año

- Canadá: Brote de listeriosis en Toronto vinculado al consumo de lengua de res en gelatina

- Colombia: El impacto del virus sincicial respiratorio con el regreso de las lluvias

- Estados Unidos: Aumentaron las infecciones por *Vibrio vulnificus* después del huracán Helene

- México: Leishmaniosis, la enfermedad que se fortaleció con el Tren Maya

EL MUNDO

- Nigeria: Los casos de cólera ya son más de 10.000 en lo que va del año

- Palestina: Las enfermedades infecciosas se propagan sin control en Gaza

- Sudán: Alarma por el rápido aumento de los casos de cólera

- Uganda: Reportan decenas de casos humanos de carbunco en el distrito de Kanungu

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 PRYLKA // 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

Patrocinador

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

Adherentes



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

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

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



sadi Sociedad Argentina
de Infectología

 Octubre
2024

Juntos en Hiroki por un Bienestar Sostenible

Autoras:
Cristina Miranda
Claudia Salgueira
Susana Lloveras

Durante el XXIV Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), celebrado en Neuquén del 26 al 28 de septiembre de 2024, se destacó el enfoque de “Una Salud” como un pilar fundamental para abordar los desafíos emergentes en salud pública. Este concepto, que integra la salud humana, animal y ambiental, fue el eje central de diversas actividades a lo largo del evento. Entre ellas, resalta especialmente el encuentro “Juntos en Hiroki por un Bienestar Sostenible”, realizado en la hermosa Península Hiroki, un entorno natural protegido que simboliza el compromiso de la SADI con la sostenibilidad y la salud integral. Este encuentro no sólo proporcionó un espacio para reflexionar sobre la interconexión de estos ámbitos, sino que también fomentó el diálogo entre el equipo de salud y la comunidad, resaltando la importancia de la colaboración multisectorial para promover un futuro saludable y sostenible.

La SADI organizó este evento con el objetivo de resaltar la profunda interconexión entre la salud y el medio ambiente, promoviendo así la conciencia sobre cómo la preservación ecológica influye directamente en la prevención de enfermedades infecciosas. Este enfoque, alineado con el paradigma de “Una Salud,” subraya que los problemas de salud no pueden abordarse de forma aislada, sino que deben considerarse en el contexto de la interacción entre los seres humanos, los animales y su entorno.

El evento se celebró en el “Salón del Zorro,” un espacio que, gracias a su ubicación y características, brindó a los asistentes la oportunidad de disfrutar de la belleza del paisaje circundante, enriqueciendo la experiencia de la reunión.

Durante el encuentro, se llevaron a cabo diversas actividades, que incluyeron:

Presentación del Calendario “Tesoros de Hiroki”

Se presentaron las 12 fotografías ganadoras de un concurso abierto a la comunidad, organizado en colaboración con la Subsecretaría de Turismo de Neuquén y que contó con la invaluable labor del Coordinador General, el Lic. Juan Manuel Andrés. Este concurso tuvo como objetivo resaltar la importancia de la biodiversidad y fomentar un disfrute consciente del área protegida de la Península Hiroki. Las fotografías seleccionadas formarán parte del calendario digital 2025 de la Subsecretaría de Turismo y estuvieron expuestas en la galería de imágenes de la península. Además, se prevé que sean exhibidas en futuras exposiciones itinerantes organizadas por la Subsecretaría. Este calendario no solo servirá como un producto promocional, sino que también se utilizará como material educativo para sensibilizar sobre la conservación de los ecosistemas y su relación con la salud pública, promoviendo así la protección de áreas naturales que actúan como barreras contra la aparición de enfermedades zoonóticas.

Charla “Salud ambiental y sustentabilidad”

El Dr. Horacio Trapassi, a cargo de la Dirección General de Salud Ambiental y Cambio Climático, ofreció una conferencia abierta en el Salón del Zorro, ubicado en la entrada de la Península Hiroki, donde analizó el impacto del cambio climático en la salud humana y animal. En su exposición, el Dr. Trapassi enfatizó cómo el aumento de las temperaturas, la deforestación y la pérdida de biodiversidad afectan directamente la salud de las personas, contribuyendo a la emergencia de nuevas enfermedades infecciosas y al resurgimiento de enfermedades previamente controladas. Su disertación resaltó la necesidad urgente de adoptar un enfoque integrado para abordar estos desafíos, destacando la interconexión entre el medio ambiente y la salud.

La SADI optó por realizar su encuentro en Península Hiroki debido a que este espacio se encuentra en un área protegida, ubicada en la localidad de Neuquén Capital junto a la confluencia de los ríos Neuquén y Limay. Inaugurada oficialmente en 2020, la península ha sido parte de un esfuerzo del gobierno provincial para fomentar el turismo y el desarrollo sostenible en la región. Se ha consolidado como un lugar clave para la recreación, el turismo y la educación ambiental, beneficiando tanto a la comunidad local como a los visitantes.

El entorno natural de la península ofrece un ambiente ideal para reflexionar sobre la interconexión entre la salud humana, animal y ambiental, un pilar fundamental del enfoque de “Una Salud”. Por esta razón, fue elegida como el punto estratégico para que la SADI llevará a cabo su actividad con la comunidad en el marco de su congreso anual.

También, en el marco del programa científico del congreso, celebrado en el Centro de Convenciones “Domuyo”, se abordaron en profundidad varios temas de vital importancia vinculados al enfoque de Una Salud. Entre los tópicos destacados se incluyeron Salud Global: Una Salud, Ecoepidemiología, y Poblaciones Migrantes, además de la discusión sobre Patologías Endémicas y Emergentes. También se prestó especial atención a la resistencia antimicrobiana, un desafío creciente que afecta a la salud pública a nivel mundial. El evento en Península Hiroki y el congreso en Neuquén destacaron la importancia y urgente necesidad de articular esfuerzos entre diversos sectores como salud, medio ambiente, agricultura y educación, entre otros, para enfrentar de manera efectiva las amenazas globales a la salud. Este enfoque multisectorial e interdisciplinario es fundamental para lograr un bienestar sostenible que no solo contemple la salud humana, sino que también promueva la preservación del entorno natural y la coexistencia armónica entre todas las formas de vida.

En este contexto, la SADI desempeña un papel esencial en la salud pública del país, abordando temas críticos relacionados con las enfermedades infecciosas. Al integrar el enfoque de Una Salud, se potencia la capacidad de prevención y respuesta ante enfermedades, reconociendo la interconexión vital entre la salud humana, animal y ambiental.

Solo a través de un compromiso sólido y una colaboración efectiva podremos construir un futuro donde la salud y el bienestar sean una realidad para todos, garantizando un equilibrio sostenible entre los seres humanos y el planeta.

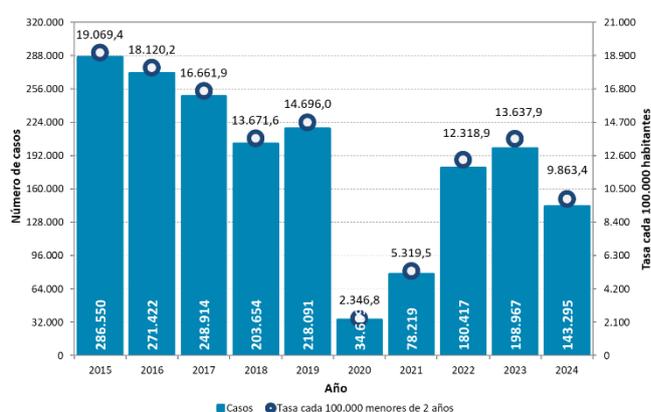
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 38, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 143.295 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, con una tasa de incidencia acumulada de 9.863,4 casos cada 100.000 menores de 2 años.

El número de notificaciones en los nueve años previos (2015-2023) muestra que los años con mayor número de casos entre las SE 1 y 38 fueron 2015 (286.550 casos) y 2016 (271.422 casos), con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019, con un nuevo descenso y valores inusualmente bajos en 2020 (34.669 casos) y 2021 (78.219 casos). En los años 2022 y 2023 se registró nuevamente un aumento de las notificaciones. En el año 2024, las notificaciones son menores respecto de los registros históricos, superando únicamente las de 2020 y 2021.

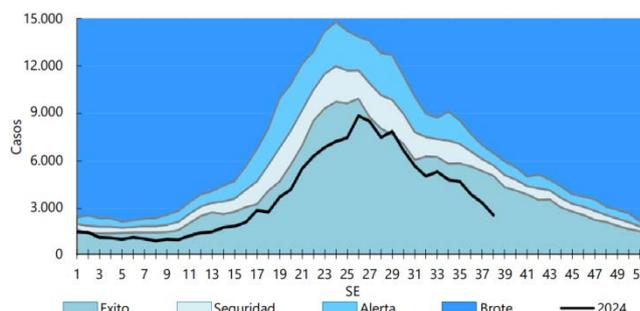
En las primeras dos SE del año, las notificaciones oscilaron entre la zona de éxito y seguridad, ubicándose posteriormente dentro de los límites esperados, en relación a los registros históricos. Las notificaciones presentan una tendencia ascendente desde la SE 11 y alcanzan su máximo en la SE 26. En la SE 29, se ubican en niveles de seguridad, aunque con tendencia descendente en el número de notificaciones semanales y, a partir de la SE 30, permanecen en los niveles esperados.

Vigilancia en UMAs

En 2024, hasta la SE 39, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 3.370 muestras para virus sincicial respiratorio (VSR), con 215 detecciones y una positividad acumulada de 6,38%. Se verificó un ascenso de



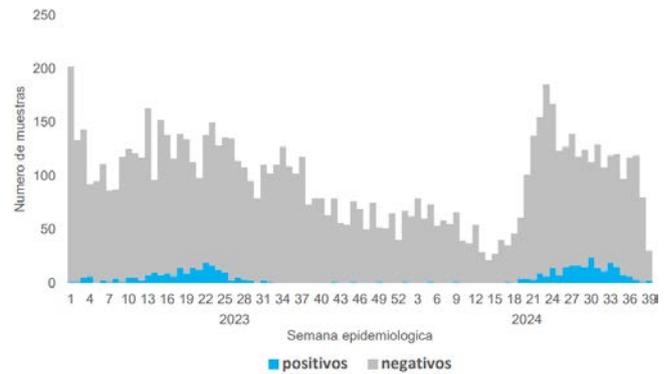
Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 38. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



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 38. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

las detecciones de VSR a partir de la SE 19, con aproximadamente 80% de los casos registrados entre las SE 24 y 34, y un menor número de detecciones semanales desde la SE 35. En las dos últimas SE analizadas (SE 38 y 39), se notificaron 3 casos entre las 110 muestras estudiadas.

En relación a la distribución por grupos de edad, la mayor parte de las detecciones de VSR corresponden al grupo de 45 a 64 años y a menores de 1 año de edad.



Muestras positivas y negativas para virus sincicial respiratorio mediante técnica PCR, estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs). Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 39 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Vigilancia en pacientes hospitalizados

En 2024, hasta la SE 39, se notificaron 6.860 muestras positivas para VSR en pacientes hospitalizados, con un descenso de 24,32% respecto de las notificaciones de igual periodo del año anterior. Entre las SE 16 y 26 se registró una tendencia ascendente en las detecciones, con un menor número de notificaciones en las siguientes SE, con 20 casos detectados en la SE 39.

El mayor número de casos positivos registrados en 2024, se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año.



Ante la confirmación de tres casos de sarampión de personas residentes en la provincia de Río Negro, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [Alerta Epidemiológica](#) con el objetivo de informar sobre la situación e instar a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia epidemiológica de la enfermedad febril exantemática (EFE), verificar y completar esquemas de vacunación y sensibilizar a la población sobre la importancia de la consulta temprana ante la aparición de fiebre y exantema.

Situación actual

El 4 de octubre, el equipo de respuesta rápida de la provincia de Río Negro inició la investigación de un probable brote de sarampión a partir del contacto con el sistema de salud de una familia residente en Lamarque, ciudad del departamento Avellaneda, provincia de Río Negro, que solicitó la vacunación de uno de sus hijos refiriendo contacto con posible caso de sarampión en su comunidad.

Como primer resultado de la investigación se detectaron 10 personas con síntomas compatibles, confirmando hasta el momento tres casos con infección aguda por sarampión mediante la detección de anticuerpos IgM en el Laboratorio de Referencia provincial. Las personas sintomáticas identificadas no contaban con antecedente de vacunación contra el sarampión. Los casos confirmados corresponden a un niño de 18 meses y dos de 11 años de la misma comunidad. Las muestras se derivaron al Laboratorio Nacional de Referencia para continuar los estudios.

Tres personas relacionadas a los casos confirmados habían regresado de viaje del exterior el 18 de septiembre, y comenzaron con síntomas días después de su regreso. Todos ellos se encuentran asintomáticos. A partir de este hallazgo se desprende como hipótesis que se trata de un brote relacionado con la importación en personas no vacunadas.

El equipo de respuesta rápida a brotes de la provincia de Río Negro continúa con la investigación epidemiológica, incluyendo los datos de contactos potencialmente expuestos de acuerdo a los itinerarios de los casos detectados y con la implementación de las acciones de control de foco correspondientes.

Antecedentes

Argentina interrumpió la circulación endémica del sarampión en el año 2000. Desde entonces se registraron brotes limitados de menos de un año de duración, sin pérdida del estado de eliminación. El mayor brote se registró entre la semana epidemiológica (SE) 35 del año 2019 y la SE 12 del año 2020, con un total de 179 casos, que se circunscribieron a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 19 municipios de la provincia de Buenos Aires. En el año 2021 no se registraron casos confirmados. En 2022, se registraron dos casos de sarampión: uno en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otro en Vicente López (provincia de Buenos Aires), sin relación entre ellos y sin casos secundarios.

En enero de 2024 se confirmó un caso en un niño de 19 meses no vacunado en Salta, detectándose el genotipo D8 (linaje MVs/Patán.IND/16.19). No se identificó la fuente por lo que el caso se clasificó como fuente de origen desconocido. No se presentaron casos secundarios. En febrero de 2024, se notificó un caso de sarampión importado en un niño de 6 años residente en Barcelona (España), sin vacunación. Se registró el genotipo B3, linaje MVs/Manchester.GBR/44.23. Durante el seguimiento, el hermano de 13 meses presentó síntomas, identificándose el mismo genotipo B3.

Para sostener los logros de eliminación del sarampión y evitar la reintroducción del virus al país, se requiere alcanzar y sostener altas coberturas de vacunación con dos dosis de la vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) y un sistema de vigilancia sensible capaz de detectar oportunamente los casos sospechosos y así evitar su diseminación. Todos los casos sospechosos (fiebre y exantema) deben ser notificados y estudiados por laboratorio para sarampión y rubéola.



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR INFECCIONES HUMANAS POR EL VIRUS DE INFLUENZA AVIAR A(H5N1)

08/10/2024

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una [Alerta Epidemiológica por infecciones humanas causadas por el virus de la influenza aviar A\(H5N1\) en la Región de las Américas](#), en la que hizo un llamado a los Estados Miembros para trabajar de forma colaborativa e intersectorial con el fin de preservar la sanidad animal y proteger la salud pública. La OPS/OMS instó a los Estados Miembros a reforzar los esfuerzos para la implementación de protocolos que permitan la detección oportuna, notificación y respuesta rápida ante brotes en animales, así como también para la detección de casos humanos de influenza aviar A(H5N1). Además, instó a compartir los virus con los Centros Colaboradores de la OMS de ambos sectores para fortalecer los análisis de riesgo y contar con virus candidatos vacunales.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Desde 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 39 de 2024, un total de 18 países de la Región de las Américas reportaron a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) 5.472 brotes de influenza aviar en aves domésticas y silvestres: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Durante este lapso, 693 brotes de influenza aviar de alta patogenicidad A(H5N1) fueron reportados en mamíferos en Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Perú y Uruguay. En 2024, hasta la SE 39, ocho países en la Región de las Américas han identificado 373 brotes de influenza aviar en aves y 289 brotes en mamíferos.

Desde 2022 y hasta la SE 39 de 2024, se registraron 19 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5) en las Américas. De estas, 17 fueron notificadas en Estados Unidos; una en Ecuador, notificada el 9 de enero de 2023; y una en Chile, notificada el 29 de marzo de 2023. Durante 2024 se notificaron 16 casos humanos, de los cuales 15 se han reportado en los últimos cinco meses.

A continuación, se presenta un resumen de la situación en países de la Región de las Américas que notificaron brotes de influenza aviar A(H5N1) en aves y mamíferos durante 2024, y la información de los casos en humanos reportados en 2024.

- **Argentina:** En 2024, hasta la SE 39, se reportó a la OMSA un brote de influenza aviar A(H5). El brote se identificó en la provincia de Chubut en el mes de enero, afectando a un lobo marino sudamericano (*Otaria flavescens*); desde entonces no se han reportado nuevos bro-

tes. No se han reportado casos en humanos de infección con influenza aviar A(H5N1) en los brotes identificados hasta la fecha.

Además, en el territorio usurpado por Gran Bretaña de las Islas Malvinas, en 2024, hasta la SE 39, se notificaron a la OMSA ocho brotes de influenza aviar en aves, todos relacionados a aves silvestres. El último brote reportado ocurrió en el mes de septiembre. No se han reportado casos en humanos de infección con influenza aviar A(H5N1) en los brotes identificados hasta la fecha en las Islas Malvinas.

País	Aves	Mamíferos
Argentina	180	62
Bolivia	40	—
Brasil	197	12
Canadá	1.736	102
Chile	464	34
Colombia	73	—
Costa Rica	10	—
Cuba	11	—
Ecuador	43	—
Estados Unidos	2.004	466
Guatemala	1	—
Honduras	9	—
México	193	—
Panamá	14	—
Paraguay	7	—
Perú	469	3
Uruguay	19	14
Venezuela	2	—
Total	5.472	693

Número de brotes en aves y mamíferos. Región de las Américas. Desde 2022 hasta la semana epidemiológica 39 de 2024. Fuente: Organización Mundial de Sanidad Animal.

- **Brasil:** En 2024, hasta la SE 39, se confirmaron 16 brotes de influenza aviar A(H5) en aves silvestres en los estados de Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul y São Paulo. El último brote se notificó en mayo de 2024. Hasta la fecha no se han detectado brotes en aves de producción ni casos en humanos de infección con influenza aviar A(H5N1).
- **Canadá:** En 2024, hasta la SE 39, se reportaron a la OMSA múltiples brotes por influenza aviar de alta patogenicidad A(H5N1) en aves de corral y en aves silvestres en nueve provincias del país. Las provincias de Alberta, Nova Scotia, Prince Edward Island y Quebec han reportado diez brotes en mamíferos silvestres. El último brote fue reportado en julio de 2024. No se han reportado casos en humanos de infección con influenza aviar A(H5N1) en los brotes identificados hasta la fecha.
- **Ecuador:** En 2024, hasta la SE 39, se reportó a la OMSA un brote de influenza aviar A(H5N1) en aves domésticas de traspatio. El brote se identificó en la provincia de Pastaza en el mes de febrero; desde entonces no se han reportado nuevos brotes. No se han reportado casos en humanos de infección con influenza aviar A(H5N1) en los brotes identificados hasta la fecha.
- **Estados Unidos:** Desde principios de 2024, se notificaron a la OMSA detecciones del virus de la influenza aviar de alta patogenicidad A(H5) en aves silvestres, aves de corral comerciales y/o aves de traspatio, en 26 estados del país. También fueron notificados brotes en mamíferos silvestres de diversas especies como lince, mapaches, pumas, visones, zorrillos y zorros en siete estados (California, Kentucky, Missouri, Montana, New York, Vermont y Washington). El 25 de marzo del 2024 se notificó la primera detección de influenza A(H5N1) en ganado vacuno lechero y en muestras de leche no pasteurizada obtenida de dicho ganado en los estados de Texas y Kansas. Desde entonces se han notificado detecciones de A(H5N1) en ganado vacuno lechero, afectando hasta el 4 de octubre a 254 rebaños en 14 estados: el 82% de los rebaños corresponden a Colorado (64 detecciones), California (56), Idaho (33), Michigan (29) y Texas (26). En los últimos 30 días, se notificaron 82 rebaños afectados en los estados de California (79 detecciones) e Idaho (3). Se han observado también muertes entre gatos y aves silvestres dentro de algunas granjas afectadas.

En 2024, hasta el 4 de octubre, se confirmaron 16 casos humanos de influenza A(H5N1), nueve de los cuales ocurrieron luego de una exposición a aves de corral. De los 16 casos notificados, 15 se reportaron en los último cinco meses. Los 16 casos humanos se notificaron en Colorado (10 casos), California (2), Michigan (2), Missouri (1) y Texas (1).

El 1 de abril de 2024, Estados Unidos notificó el primer caso humano de influenza A(H5N1) en un trabajador de una granja, siendo relacionado con un evento en ganado vacuno lechero en el estado de Texas. Este caso representa la primera instancia de probable transmisión del virus de la influenza aviar A(H5N1) de mamíferos a humanos. Desde entonces y hasta el 4 de octubre de 2024, se notificaron seis casos humanos de influenza A(H5N1) relacionados a ganado vacuno en los estados de California (2 casos), Michigan (2), Colorado (1) y Texas (1).

El 6 de septiembre del 2024, Estados Unidos notificó el primer caso confirmado de influenza A(H5N1) en el cual no se tiene conocimiento de que haya habido una exposición reciente a animales. El caso se identificó a través del sistema de vigilancia de influenza estacional del estado de Missouri. Al 27 de septiembre, se detectaron cinco profesionales de salud que estuvieron expuestos al caso y que habían presentado síntomas leves. Dado que la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) no iba a ser confiable al momento de la identificación de estos expuestos, se tomaron muestras de sangre para serología. Al 4 de octubre se encuentra pendiente el resultado de las pruebas serológicas efectuadas a raíz del caso de Missouri.

- **México:** En 2024, hasta la SE 39, se notificaron a la OMSA 15 brotes de influenza aviar en aves silvestres y domésticas. Los brotes se registraron en los estados de Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y San Luis Potosí. El último brote fue notificado en el mes de julio de 2024. No se han reportado casos en humanos de infección con influenza aviar A(H5N1) en los brotes identificados hasta la fecha.
- **Perú:** En 2024, hasta la SE 39, se notificaron a la OMSA 57 brotes de influenza aviar de alta patogenicidad A(H5), mayormente en aves domésticas de traspatio, en los departamentos de Ancash, Arequipa, Cajamarca, Cusco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima y Moquegua. El último brote fue notificado en el mes de septiembre de 2024. No se han reportado casos en humanos de infección con influenza aviar (H5N1) en los brotes identificados hasta la fecha.

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Cochabamba aguarda los resultados de los análisis del Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) para identificar el serotipo del rotavirus que provocó la pasada semana la internación de seis niños en el Hospital del Niño 'Dr. Manuel Ascencio Villarroel', tres de los cuales se encontraban en la unidad de terapia intensiva.



En su momento, la situación de estos seis casos fue calificada de “alarmante”, por lo que la Unidad de Epidemiología del SEDES inició una pormenorizada investigación para conocer más datos sobre los niños que sufrían diarrea a consecuencia del rotavirus. El jefe de Epidemiología del SEDES, Rubén Castillo Quino, informó el 8 de octubre que sólo uno de los niños permanecía internado en terapia intermedia.

“Se está haciendo la investigación correspondiente de los casos que fueron notificados la semana pasada. Se enviaron las muestras a un laboratorio de referencia nacional, en este caso el INLASA, del cual esperamos el reporte para determinar el serotipo que está circulando para esta patología”, dijo.

Castillo recordó que los niños lactantes de dos y seis meses que reciben la vacuna contra el rotavirus evitan complicaciones a causa de esta infección.

Sin embargo, recomendó a los padres hervir el agua antes de consumirla, cuidar la higiene de las manos antes y después de cambiar los pañales a los niños.

“Muchas veces es la condición para transmitir esta enfermedad y recomendamos siempre la notificación oportuna de estos casos para evitar complicaciones”, advirtió el especialista.

La vacuna que previene el rotavirus está incluida en el esquema que ofrece el Programa Ampliado de Vacunación (PAI), de acuerdo al SEDES.

Algunos especialistas indicaron que la infección por rotavirus aparece con un cuadro de fiebre, diarrea abundante y vómitos en los niños.

El jefe de Epidemiología pidió a los padres evitar la automedicación y recomendó acudir de forma oportuna a un centro de salud para evitar que los niños se deshidraten.

Rotavirus es un género de virus ARN bicatenario de la familia *Reoviridae*, que es la causa más común de diarrea grave en niños de hasta 5 años. Es uno de los varios virus que a menudo causan las infecciones denominadas gastroenteritis. En humanos, la gran mayoría de los menores de 5 años de edad han sido infectados por el rotavirus al menos una vez.

Se reconocen ocho grupos, denominados: A, B, C, D, E, F, G y H. El rotavirus A, el más común, causa más de 90% de las infecciones en humanos. El virus se transmite por vía fecal-oral. Infecta y daña las células que recubren el intestino delgado y causa gastroenteritis.

El rotavirus es un virus de fácil resolución en pacientes sanos, pero en todo el mundo aún mueren cada año cerca de 450.000 niños, la mayoría de ellos en países en vías de desarrollo, y casi dos millones más caen gravemente enfermos.

La forma más eficaz de prevenir la infección por rotavirus es mediante la vacunación. En niños, esta se realiza de manera obligatoria principalmente en países desarrollados, y también en algunos en vías de desarrollo.

El panel de datos sobre fiebre chikungunya del Ministerio de Salud de Brasil indica que se han notificado 16 nuevas muertes relacionadas con el virus en el último mes.

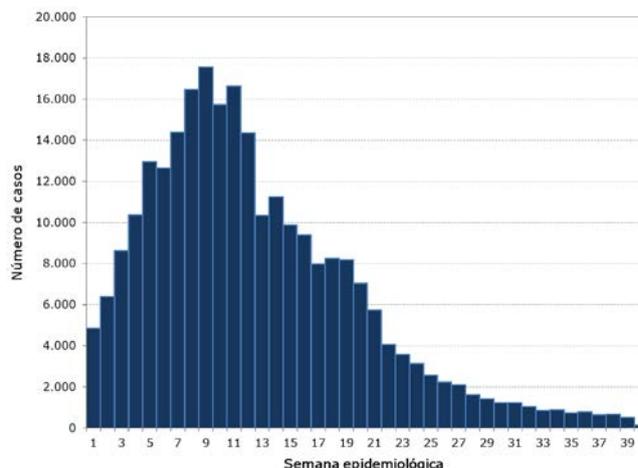
En 2024, hasta el 7 de octubre, Brasil confirmó 180 muertes por fiebre chikungunya, y otros 138 fallecimientos continúan en investigación. Además, se registraron 258.611 casos probables de esta arbovirosis, hasta la misma fecha, con una tasa de incidencia de 127,4 casos cada 100.000 habitantes.

El 60% de los casos corresponde al sexo femenino, y el grupo etario más afectado es el de 40 a 49 años, con 44.092 casos, el 17,04% del total.

Minas Gerais reportó el mayor número de casos probables de fiebre chikungunya (162.328 casos), seguido de Mato Grosso (20.404) y Bahia (15.930).

Minas Gerais es el cuarto estado más extenso de Brasil, con una población que supera los 20 millones de habitantes.

En 2023, Brasil recibió alrededor de 6 millones de turistas extranjeros, de los que muchos visitaron Minas Gerais.



Casos probables de fiebre chikungunya. Brasil. Año 2024, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil. (N=258.611).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos confirmaron en septiembre de 2024 que ha habido evidencia de transmisión del virus Chikungunya en Brasil en los últimos cinco años, y se podría considerar la vacunación para ciertos visitantes.

En noviembre de 2023, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos aprobó la vacuna IXCHIQ® de Valneva contra la fiebre chikungunya, y los CDC la recomiendan para viajeros a áreas endémicas.

IXCHIQ® está disponible comercialmente en clínicas de viajes y farmacias en Estados Unidos..



El Ministerio de Salud de Ontario informó que cuatro personas enfermaron después de consumir lengua de res en gelatina que se cree está contaminado con *Listeria monocytogenes*.

La Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos está retirando del mercado muchas marcas de lengua de res en gelatina vendidas en varias tiendas de Ontario.



Muchos de los productos fueron servidos a los clientes por empleados de la tienda y otros estaban previamente envasados.

La Agencia de Inspección de Alimentos informó que está realizando una investigación que podría llevar al retiro de más productos.

Dijo que las personas deben verificar si tienen la lengua de res retirada del mercado y desecharla o devolverla a la tienda.

La agencia aclaró que los alimentos contaminados con *L. monocytogenes* pueden no verse ni oler mal, pero aun así pueden enfermar a las personas.

Los síntomas de la listeriosis pueden incluir vómitos, fiebre, dolores musculares, dolor de cabeza intenso y rigidez en el cuello.

Las personas mayores o con sistemas inmunes debilitados corren un riesgo especial de enfermarse gravemente.

Las mujeres embarazadas también corren riesgo porque, aunque solo presenten síntomas leves similares a los de la influenza, la listeriosis puede provocar un parto prematuro, infectar al recién nacido y posiblemente causar muerte fetal.

Colombia parece haber entrado definitivamente en su última temporada de lluvias. Durante estos meses, es común que se comience a incrementar el número de casos reportados de infecciones respiratorias agudas. Entre estas, están las conocidas infecciones virales, como la influenza y el resfrío común, así como infecciones bacterianas como la neumonía.

Hay una infección, sin embargo, que suele concentrar la atención de los médicos, en

especial, causada por el virus sincicial respiratorio (VSR). Es un virus altamente contagioso que afecta las vías respiratorias y es una de las principales causas de infecciones respiratorias agudas en menores de dos años. El VSR puede causar desde un simple resfrío hasta enfermedades más graves, como bronquiolitis y neumonía.

Aunque la circulación del VSR ocurre todo el año en el país, “se evidencia una mayor circulación entre marzo y junio, coincidente con el primer pico respiratorio del año y en el cual se concentra el mayor número de casos de infección respiratoria aguda; el segundo pico de menor intensidad se presenta entre septiembre y noviembre”, explica el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS).

Algunas cifras ayudan a entender el impacto de este virus. De cada 100 casos de infección respiratoria aguda grave, 49 con causadas por un virus. De esas 49, 34 podrían deberse al VSR. Sin embargo, los hospitalizados son una proporción muy pequeña de la población con infecciones respiratorias agudas. Tras la pandemia, especialmente en 2022 y 2023 el aporte del VSR ha sido importante en los casos graves, con una circulación permanente durante todo el año.

El VSR puede afectar a cualquier persona de cualquier grupo de edad. De hecho, es posible que todos hayan sido infectados por este virus y lo vuelvan a contraer en los meses de mayor circulación. Pero “produce mayor afectación en menores de 5 años, especialmente lactantes, y puede provocar cuadros más graves en personas mayores cuyo sistema inmunitario esté debilitado”, dice el INS. El VSR es una de las principales causas de hospitalización y mortalidad en bebés menores de 6 meses en el mundo.

La vigilancia centinela implementada en Colombia (instituciones de salud que representan la circulación de virus respiratorios en el país) identifica que 23,5% de los casos positivos para VSR corresponden a menores de 5 años. “No se puede estimar cuántas hospitalizaciones pediátricas son causadas por el VSR. De los casos reportados con resultado viral, la mayoría en unidades de cuidados intensivos (no incluye hospitalización general), 17% podría ser por VSR”, detalla el INS. Es importante señalar, sin embargo, que solo alrededor de 5% de las personas que tienen una infección respiratoria aguda y solicitan algún tipo de atención son hospitalizadas. Esto depende, por supuesto, de la gravedad del cuadro clínico.



Algunos estudios estiman que en los países en vías de desarrollo (entre los que se encuentra Colombia), entre 1,6 y 2,4% de las muertes en menores de 60 meses se debe al VSR, lo que puede significar entre 83.000 y 125.000 muertes. En Colombia, señala el INS, la tasa de mortalidad en 2024, hasta la semana epidemiológica 39, por infección respiratoria en menores de 5 años es de 4,8 cada 100.000 menores. Al mismo periodo de 2023 fue de 7,94 cada 100.000 menores, lo que apunta entonces a una reducción de 39% en la mortalidad por una infección respiratoria aguda grave.

De las muertes por infecciones respiratorias agudas graves estudiadas en menores de 5 años, a quienes en la atención se le realizó identificación de agente causal, 22% (de 154 muertes) podría ser por VSR en 2023 y 28% (de 87 muertes), en 2024. Los rinovirus, adenovirus, enterovirus y el SARS-CoV-2 aportan una proporción importante al total.



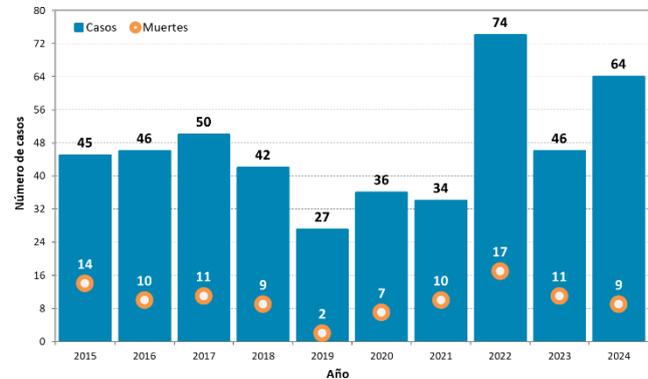
AUMENTARON LAS INFECCIONES POR *VIBRIO VULNIFICUS* DESPUÉS DEL HURACÁN HELENE

04/10/2024

El Departamento de Salud de Florida (FLDOH) registró un aumento en los casos de infección por *Vibrio vulnificus* en condados seleccionados después del huracán Helene.

Al 4 de octubre, las autoridades han reportado 64 casos en lo que va del año, incluidas nueve muertes.

Los funcionarios de salud estatales informaron que los condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Lee, Pasco, Pinellas y Sarasota están experimentando un aumento inusual debido al impacto del huracán Helene.



Casos confirmados de infección por *Vibrio vulnificus*. Florida. Años 2015/2024. Fuente: Departamento de Salud de Florida. Datos al 4 de octubre de 2024.

El condado de Pinellas registra la mayor cantidad de casos, con 12 hasta la fecha.

Los 64 casos son la mayor cantidad desde 2022, cuando se reportaron 74 casos en total y 17 muertes. Ese año, los condados de Collier y Lee experimentaron un aumento inusual debido al impacto del huracán Ian.

Los 64 casos registrados hasta la fecha también constituyen el segundo mayor número de casos reportados en un solo año en la última década.

El FLDOH informó que después de una tormenta, las aguas de inundación y las aguas estancadas plantean riesgos para la salud, incluidas enfermedades infecciosas como la causada por *V. vulnificus*. Es importante tomar precauciones contra infecciones y enfermedades después de cualquier tormenta.

V. vulnificus es una bacteria que prospera en aguas marinas cálidas y salobres. Estas bacterias suelen crecer más rápido durante los meses más cálidos y las inundaciones pueden aumentar sus poblaciones.

Es importante no caminar nunca por aguas inundadas o estancadas después de una tormenta. Las personas con heridas abiertas, cortes o rasguños pueden estar expuestas a *V. vulnificus* a través del contacto directo con el agua de la inundación, el agua de mar o agua salobre. *V. vulnificus* también puede causar enfermedades en quienes comen ostras y mariscos crudos o poco cocidos. *V. vulnificus* no se transmite de persona a persona. Las infecciones pueden ser graves para las personas con sistemas inmunológicos debilitados, especialmente aquellas con una enfermedad hepática crónica o que toman medicamentos que reducen la capacidad del cuerpo para combatir los gérmenes.

V. vulnificus puede invadir el torrente sanguíneo y causar una enfermedad grave potencialmente mortal con síntomas como fiebre, escalofríos, disminución de la presión arterial (choque séptico) y lesiones en la piel. Quien presente alguno de estos síntomas o infecciones en las heridas, debe buscar atención médica de inmediato.

Carlos vive y trabaja en la Selva Lacandona en Chiapas. En 2023, contrajo leishmaniosis, un padecimiento que la Organización Mundial de la Salud (OMS) cataloga dentro del grupo de “enfermedades tropicales desatendidas”, es decir, aquellas abandonadas por la agenda de salud e históricamente alejadas del financiamiento de las naciones.

“Yo creo que en alguno de mis recorridos que hago dentro de la selva o probablemente también en mis actividades de guía de naturaleza, es probable que me haya picado este mosquito”, narró.



El hombre, que trabaja de monitor ambiental colocando cámaras y trampas en la selva para identificar especies de animales, tuvo que recorrer un camino largo y complicado para conseguir el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

“Empezó como un pequeño piquete en el dedo, como el piquete de un mosquito, pero con el tiempo empezó a hacerse más grande”, recordó.

Los casos de leishmaniosis han cobrado relevancia en México desde el año pasado, cuando se registró un brote entre los trabajadores que participaban en las obras del Tren Maya en el sureste del país.

La Secretaría de Salud de Quintana Roo alertó sobre el aumento de casos de leishmaniosis en el estado. Según dieron a conocer medios locales, las personas afectadas fueron principalmente obreros e ingenieros que trabajaban en la construcción de esta obra.

“Ante la información que se ha emitido sobre la leishmaniosis, popularmente conocida como la enfermedad de la mosca chiclera, es importante informarles que no es una enfermedad nueva. Esta siempre ha existido en nuestro estado, ya que el vector que la transmite vive en las zonas selváticas de esta región del país”, explicó Flavio Carlos Rosado, secretario de salud en Quintana Roo.

El funcionario estatal aseguró que se contaba con los insumos necesarios para realizar las pruebas que diagnostican la enfermedad y también había medicamentos suficientes para tratar a los pacientes diagnosticados con este padecimiento.

A nivel nacional, según datos de la Dirección General de Epidemiología, que depende de la Secretaría de Salud federal, en 2023 se registraron 1.136 casos de leishmaniosis cutánea, el doble que cinco años atrás, cuando en 2018 hubo 592.

“La deforestación de la selva por obras de construcción como las del Tren Maya, las actividades turísticas y los movimientos poblacionales hacen que el humano cada vez tenga más contacto con este tipo de enfermedades”, explicó Isabel Cristina Cañeda Guzmán, técnica académica de la Unidad de Investigación de Medicina Experimental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

“Es una enfermedad endémica de países subtropicales, pero hay factores que favorecen este incremento: el cambio climático, la deforestación, el ecoturismo, la migración; pero ahora, toda esta movilización generada por el Tren Maya, los casos se han incrementado”, afirmó.

Los datos oficiales de Epidemiología revelan que durante todo 2023 en Quintana Roo hubo 799 casos de leishmaniosis, cuando en 2022 el registro fue de 500 y en 2021 solo 15.



Úlcera ocasionada por leishmaniosis.

“La mayoría de las personas no conocen esta enfermedad”, aseguró Cañeda Guzmán: “Muchos trabajadores del Tren Maya no son de esa región: había biólogos que no sabían de la enfermedad, arqueólogos, ingenieros, que habían sido muy afectados”.

Una enfermedad antigua

“Los orígenes de la leishmaniosis se remontan a la época prehispánica y no es exclusiva del ser humano, ya que también puede afectar a perros, gatos, armadillos o roedores”, explicó Cañeda Guzmán.

“Un médico danés registró por primera vez en México las lesiones como úlcera del chiclero, obviamente en trabajadores del chicle”, explicó la también bióloga y maestra en ciencias.

El calvario de Carlos

Carlos contó que en un inicio acudió al centro de salud más cercano a su comunidad y le diagnosticaron micosis, una infección por hongos cuyos síntomas son enrojecimiento y comezón. En el centro de salud, los doctores que lo atendieron no le dijeron nada sobre las úlceras que presentaba. Solo le recetaron una pomada y medicamentos por vía oral, pero con el paso de los días no notó mejoría.

“Me apliqué hierbas en la herida, le puse cosas naturales, pero mientras más le ponía, más grande se hacía. En menos de un mes la lesión estaba más grande, se veía más infectada, por lo que me empecé a preocupar, porque se estaba haciendo como una putrefacción”, recordó.

Carlos acudió varias veces al mismo médico, cada vez con síntomas más agudos. Aunque el médico le realizó una biopsia, volvió a equivocarse en su diagnóstico.

“Lo que me frustró más, es que se trata de un padecimiento muy complicado en que, si no se trata, se convierte en una lesión muy grave”, dijo el residente de una comunidad en Ocosingo, en Chiapas.

Después de tres meses sin recibir un tratamiento certero, y con una úlcera abierta, un conocido de Carlos que también había sufrido leishmaniosis le recomendó viajar a Guatemala, donde finalmente fue atendido. “Este señor me recomendó y me dijo que la única solución y donde tienen la medicación para esta lesión era en Guatemala, en Petén. Allí programé una cita, y ya me atendieron”, aseguró.

En Quintana Roo las autoridades del sector salud exhortaron a la población que realiza actividades en las zonas selváticas, a aplicarse repelente de insectos por lo menos cada dos horas, protegerse con ropa que cubra las extremidades y cabeza, así como a estar pendientes de los signos de la picadura de algún insecto.



NIGERIA

LOS CASOS DE CÓLERA YA SON MÁS DE 10.000 EN LO QUE VA DEL AÑO

02/10/2024

Durante los primeros nueve meses de 2024, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria (NCDC) informó 10.837 casos sospechosos de cólera, incluidas 359 muertes (tasa de letalidad de 3,3%) en los 36 estados.

Esto supone un aumento de 220% en casos y de 239% en muertes en comparación con el mismo periodo de 2023, de 3.387 casos y 106 muertes, respectivamente.

En junio de 2024, el NCDC emitió un aviso de salud pública sobre una tendencia creciente del cólera en el país. De junio a septiembre de este año, se notificaron más de 9.000 casos sospechosos de cólera y 334 muertes.

De los casos sospechosos desde principios de año, los grupos de edad de menores de 5 años son los más afectados, seguidos por los grupos de edad de 5 a 14 años.

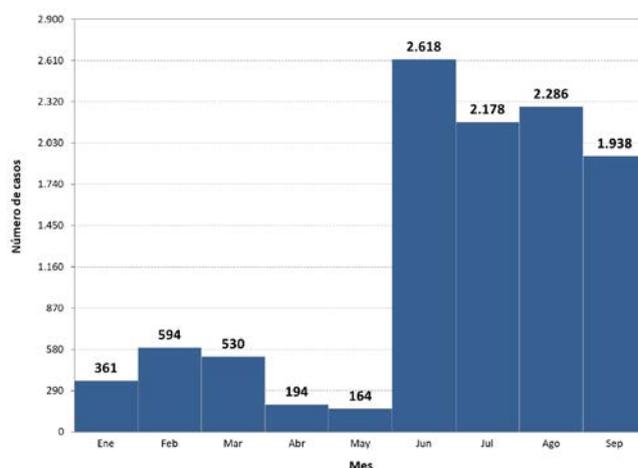
Lagos (4.667 casos) representa 43% de todos los casos sospechosos en el país de los 36 estados que han notificado casos de cólera.

Otros estados que reportaron al menos 100 casos incluyen Jigawa (870 casos), Kano (809), Borno (588), Katsina (559), Adamawa (553), Bayelsa (513), Bauchi (307), Ebonyi (244), Zamfara (212), Rivers (166), Abia (159), Yobe (146), Ogun (133) y Oyo (128).

En las comunidades afectadas por el brote de la enfermedad, la defecación al aire libre es una práctica común, señaló el NCDC. Si bien destacó también el acceso deficiente al agua potable y al saneamiento, dijo que esta práctica ha planteado un desafío a los esfuerzos del país por frenar la propagación del cólera.

En Nigeria se registran brotes de cólera con frecuencia debido a la falta de suministro de agua potable, especialmente en zonas densamente pobladas.

En África, se han notificado un total de 156.376 casos de cólera (24.335 confirmados; 15 probables; 132.026 sospechosos) y 2.628 muertes (tasa de letalidad de 1,68%) en 19 Estados miembros de la Unión Africana.



Casos sospechosos de cólera, por mes. Nigeria. Año 2024, hasta septiembre. Fuente: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria.

El desastre de salud pública y saneamiento de múltiples vertientes, incluida la destrucción de la infraestructura de agua y saneamiento en Gaza, ha sobrecargado el sistema de salud y ha provocado la rápida propagación de enfermedades infecciosas. Más de 63% de los edificios y 70% de las bombas de aguas residuales han resultado dañados o destruidos, y no hay plantas de tratamiento de aguas residuales en funcionamiento. La mayoría de los 1,9 millones de personas que han sido desplazadas internamente viven en tiendas de campaña o se refugian en edificios bombardeados, con acceso limitado a agua potable y a instalaciones sanitarias, y en calles llenas de aguas residuales y cloacales sin tratar.

Particularmente preocupante ha sido la reaparición de la poliomielitis. En junio de este año, se detectó el poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en seis muestras de aguas residuales de diferentes lugares de Khan Yunis y Deir al-Balah, y el 16 de agosto, el Ministerio de Salud palestino confirmó el primer caso de poliomielitis en Gaza en un bebé de 10 meses de Deir al-Balah. La poliomielitis es una gran preocupación, ya que es extremadamente difícil mitigar esta enfermedad altamente contagiosa, en particular cuando los desechos y las aguas residuales están por todas partes. Antes de la ofensiva militar de Israel, la cobertura de vacunación contra la poliomielitis era de 99%, y el último caso se registró en 1984, pero ahora esa tasa ha descendido a un nivel peligroso de 86%.

La ofensiva militar de Israel creó las condiciones para que la poliomielitis se propague rápidamente, lo que supone una peligrosa amenaza para los más de un millón de niños de Gaza. Hay muchos niños pequeños, desnutridos y heridos que no han sido vacunados contra la poliomielitis u otras enfermedades, siendo especialmente vulnerables los menores de cinco años. La poliomielitis puede provocar parálisis de las extremidades y otras complicaciones para las que no es fácil acceder al tratamiento en Gaza.

Pero la poliomielitis es sólo una de las innumerables enfermedades infecciosas cuya prevalencia ha aumentado drásticamente en los últimos 11 meses. Desde octubre, se han registrado 40.000 casos de hepatitis A en Gaza (en comparación con unos 85 en el mismo período antes de que estallara el conflicto). La Organización Mundial de la Salud registró casi un millón de infecciones agudas de las vías respiratorias, medio millón de casos de diarrea aguda y más de 100.000 casos de ictericia. Las infecciones de la piel, como la sarna y el impétigo ampolloso, también están aumentando. En los dos últimos meses, los 12 puntos médicos de Ayuda Médica para los Palestinos en Gaza han examinado a unas 31.000 personas por enfermedades de la piel, de las cuales más de 4.000 dieron positivo para infecciones.

Para poder luchar contra la poliomielitis y otras enfermedades infecciosas, es fundamental que las vacunas se distribuyan de forma rápida y segura. La Organización de Naciones Unidas y la OMS han hecho esfuerzos para vacunar contra diversas enfermedades en Gaza desde que comenzaron los ataques militares de Israel, pero estos esfuerzos se han visto obstaculizados por el bloqueo de la ayuda y los ataques, que hacen que la distribución y el acceso a los puntos médicos sean extremadamente difíciles y peligrosos. Además, en Gaza no hay electricidad y falta combustible, lo que hace que mantener las vacunas refrigeradas sea casi imposible.

Incluso si se suministran vacunas, esto no resuelve el problema del virus vivo que ya está en el sistema de alcantarillado. Se trata de un problema que requiere reparar los sistemas de alcantarillado y suministro de agua, limpiar toneladas de desechos de las calles de Gaza y reconstruir carreteras, nada de lo cual es posible durante los continuos ataques militares de Israel. Tampoco es un problema de corto plazo: Gaza ha estado bajo el bloqueo ilegal de Israel durante 17 años, lo que obstaculiza el desarrollo de los sistemas de salud y saneamiento.

La escalada militar de los ataques israelíes contra El Líbano, donde residen unos 250.000 refugiados palestinos, amenaza con empeorar una situación ya de por sí desesperada. Los refugiados palestinos en El Líbano viven en campamentos superpoblados con acceso limitado a la atención sanitaria y el saneamiento. Nuevos ataques contra El Líbano podrían exacerbar la propagación de enfermedades infecciosas en esos campamentos y suponer un riesgo para la salud y la dignidad de los palestinos que allí viven.

Es necesario adoptar medidas inmediatas para impedir que se siga propagando el virus de la poliomielitis y otras enfermedades infecciosas. Sin un alto el fuego inmediato y permanente y un acceso sin restricciones a la ayuda humanitaria para toda Gaza (incluida una campaña de vacunación centrada en los niños pequeños y la protección y reconstrucción del sistema de salud), la gente seguirá muriendo de enfermedades prevenibles y lesiones tratables.

Los casos de cólera en Sudán, un país devastado por la guerra, aumentaron casi 40% en menos de dos semanas, según las últimas cifras, lo que alarma a los funcionarios de salud de la Organización de Naciones Unidas, que advirtieron hace tiempo sobre el brote y la falta de una respuesta adecuada desde que se informó de éste en julio.

El Ministerio de Salud informó el 7 de octubre que se habían producido 21.288 casos en 11 de los 18 estados durante este periodo, incluidas 626 muertes. Esto supone un aumento significativo respecto a los 15.577 casos y 506 muertes registrados hasta el 26 de septiembre. Los casos se presentan principalmente en los estados orientales.

La mayoría de los casos se registraron en Kassala, donde el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) está colaborando con el ministerio y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para llevar a cabo una segunda ronda de la campaña de vacunación oral contra el cólera que se inició el mes pasado.

“No hay duda de que el número de casos está aumentando con bastante rapidez. Estamos viendo un ritmo de propagación más rápido que durante el brote del año pasado, por lo que el número de casos es preocupante”, declaró el 8 de octubre Richard Brennan, director regional de emergencias de la OMS. “Por eso, junto con el Ministerio de Salud y socios como el UNICEF, estamos redoblando nuestros esfuerzos aquí”.

El Ministerio de Salud declaró oficialmente el brote de cólera el 12 de agosto, después de que se registrara una nueva oleada de casos a partir del 22 de julio. La enfermedad se está propagando especialmente en las zonas devastadas por las recientes lluvias torrenciales e inundaciones, sobre todo en el este de Sudán, que alberga a millones de personas desplazadas por el conflicto entre el ejército sudanés y las Fuerzas de Apoyo Rápido, un contingente paramilitar.

El cólera es una enfermedad muy contagiosa que causa diarrea, provoca deshidratación grave y puede ser mortal si no se trata inmediatamente. Se transmite por la ingestión de alimentos o agua contaminados.



Durante la semana epidemiológica 39, el Ministerio de Salud de Uganda informó 59 nuevos casos humanos de carbunco –2 confirmados y 57 probables– y una nueva muerte en el distrito de Kanungu, en el suroeste del país.

Esto eleva el total de casos y muertes a 185 (20 confirmados) y cuatro muertes entre los casos confirmados (tasa de letalidad de 20%) en seis de los 146 distritos del país, incluidos Amudat (98 casos/0 muertes), Kanungu (59/1), Kazo (22/3), Bukedea (3/0), Ibanda (2/0) y Kyotera (1/0).

Además, se informaron 645 muertes sospechosas de animales por carbunco en los distritos de Amudat, Bukedea, Kanungu y Kazo.

El Ministerio de Salud continúa mejorando la vigilancia, la comunicación de riesgos, el saneamiento ambiental, el entierro seguro de animales muertos y la vacunación animal.

Hasta la fecha se han vacunado un total de 4.763 animales en el distrito de Kanungu.

Más casos en el distrito de Bushenyi

El oficial veterinario del distrito de Bushenyi, Dr. Roberts Natukunda, informó seis casos humanos infectados y dos muertes por carbunco en el distrito.

Natukunda informó que la enfermedad se reportó en dos aldeas de Kafunjo y Rwenyena, en la parroquia de Kitagata, subcondado de Kyeizooba.

Dijo que la mayoría de los pacientes presentaban náuseas, vómitos, dolores abdominales y fiebre. “La mayoría de ellos están siendo tratados en su hogar; solo un paciente fue ingresado en un centro de salud en Kyeizooba”.

Pidió el cumplimiento de las directrices del departamento veterinario del distrito para un control eficaz de la enfermedad. Estas incluyen; monitoreo de la salud humana y animal, pruebas periódicas de carbunco en áreas de alto riesgo, reportar las enfermedades sospechosas o humanas y animales muertos y restringir los movimientos de los animales y el manejo y eliminación adecuados de los cadáveres de animales, entre muchas otras.

El carbunco es causado por un patógeno bacteriano que afecta al ganado y a los animales salvajes. Los rumiantes, como los bisontes, el ganado vacuno, las ovejas y las cabras, son muy susceptibles, y los caballos también pueden infectarse. Es una enfermedad muy grave del ganado porque puede provocar la muerte rápida de un gran número de animales en muy poco tiempo. Los animales afectados suelen ser encontrados muertos sin que se haya detectado la enfermedad.

Cuando las condiciones son favorables, las esporas germinan y forman colonias de bacterias. Un ejemplo sería una vaca que pasta y que ingiere esporas que, una vez dentro de la vaca, germinan, crecen, se propagan y acaban matando al animal.

El carbunco es causado por *Bacillus anthracis*, una bacteria formadora de esporas que puede sobrevivir en el ambiente durante décadas debido a su capacidad para resistir el calor, el frío, la desecación, etc. Esta suele ser la etapa infecciosa del carbunco.

No existen informes de transmisión de carbunco de persona a persona. Las personas contraen carbunco al manipular animales o productos animales contaminados, consumir carne poco cocida de animales infectados y, más recientemente, al liberar intencionalmente esporas.

Existen tres tipos de carbunco humano con diferentes grados de gravedad: cutáneo, gastrointestinal y por inhalación.

La tasa de letalidad promedio varía entre 20 y 30% en el carbunco cutáneo no tratado, entre 25 y 75% en el carbunco gastrointestinal y 80% o más en el carbunco por inhalación.

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.