



21 DE OCTUBRE
2024
REC 2.866

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la mpox
- Salta: En el último año los casos de salmonelosis disminuyeron 52,5%

AMÉRICA

- Sudamérica: La vacuna contra la influenza reduce el riesgo de hospitalización en 35%
- América Latina: Las comunidades indígenas afectadas por el VIH no están incluidas en la respuesta

- Brasil: Refuerzan acciones en Roraima tras nuevo caso de fiebre amarilla
- Costa Rica: 2024 podría ser el año con más casos de dengue de su historia
- Estados Unidos: El virus A(H5N1) podría combinarse con la influenza estacional para crear una cepa viral más peligrosa
- Estados Unidos: Los casos de tos convulsa alcanzaron su nivel más elevado en una década
- Perú: Alerta epidemiológica por riesgo de introducción de casos importados de sarampión

EL MUNDO

- África: Situación epidemiológica de la mpox
- El Líbano: Confirman el primer caso de cólera en medio de la ofensiva israelí
- Europa: Las zonas arroceras emplean el control biológico para prevenir la proliferación de mosquitos
- Países Bajos: Dan por finalizado un brote de salmonelosis vinculado a cáscaras de huevos
- Taiwán: Los casos de melioidosis alcanzaron este año una cifra récord

| | |
|--|--|
| Comité Editorial | |
| Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021) Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología. | |
| Editor en Jefe ÍLIDE SELENE DE LISA | Editores adjuntos RUTH BRITO ENRIQUE FARÍAS |
| Editores Asociados ISSN 2796-7050 | |
| ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN | |

Patrocinador



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.

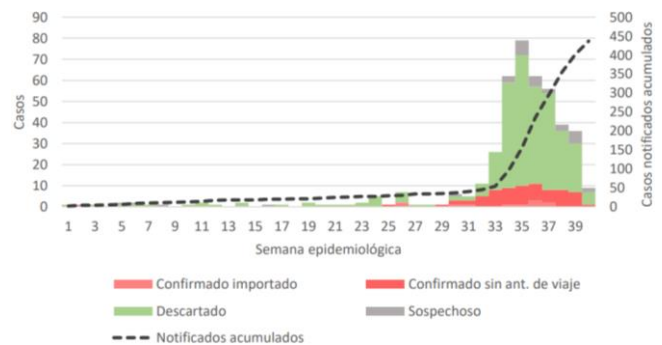
Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus –clado Ib–, su rápida propagación en el este de República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud lo declaró como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [Alerta Epidemiológica](#) el 16 de agosto, incluyendo la descripción de la situación actual y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos, entre otros aspectos relacionados con este evento.

Situación en Argentina

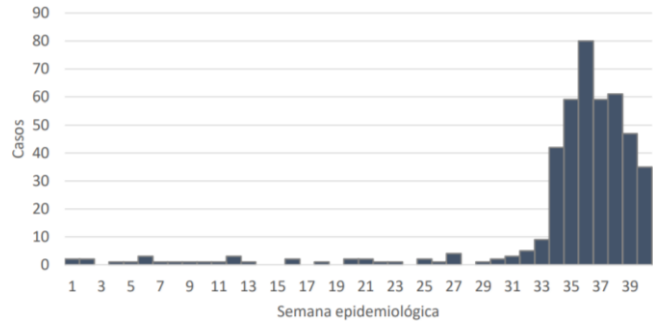
En 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 40, se identificaron 78 casos confirmados de un total de 437 casos sospechosos notificados. La curva epidémica de casos confirmados muestra una persistencia en la detección de casos desde la SE 29 y hasta la SE 39, con un promedio de siete casos semanales y con el mayor número hasta el momento en la SE 36, con 11 casos. En la SE 40 se registran menos de 10 casos sospechosos y sólo un confirmado.

Luego de la Alerta Epidemiológica emitida en la SE 33, aumentó la sensibilidad del sistema de vigilancia, llegando a 383 notificaciones de casos sospechosos en las SE posteriores (88% del total de notificaciones registradas durante el año).

El mayor número de notificaciones se registró, hasta el momento, en la SE 36, con 80 casos reportados. En la SE 40 se registraron 35 notificaciones, 56% menos que en la semana previa. Del total de casos confirmados del periodo (78), el 81% (65) se notificó a partir de la SE 34 (11



Casos notificados de mpx según clasificación y total de casos notificados acumulados. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n=437).



Casos notificados según semana epidemiológica. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

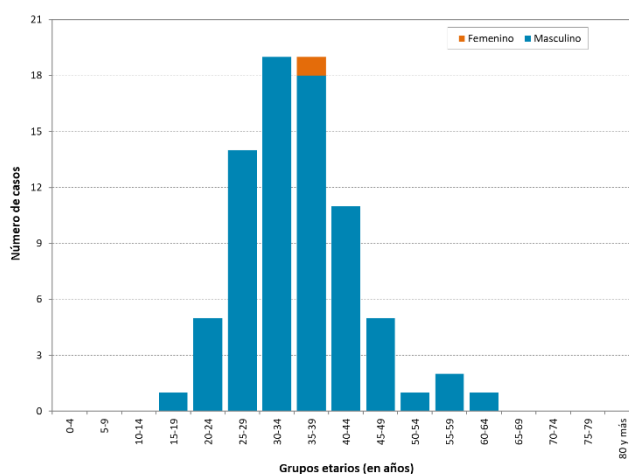
de ellos correspondían a semanas previas, pero se notificaron luego del alerta). La sensibilización del sistema se verifica, asimismo, en la disminución de la positividad concomitante al aumento de casos estudiados, la cual pasó de 50% en las SE 32-33 (14 casos) a 13% en las SE 39-40 (82 casos).

| Provincia/Región | Año 2024 SE 1 a 40 | Año 2024 SE 40 | Año 2024 SE 37 a 40 | Total de notificaciones |
|---------------------------------|-----------------------|-------------------|------------------------|----------------------------|
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 55 | 3 | 23 | 155 |
| Buenos Aires | 14 | 2 | 8 | 161 |
| Córdoba | 2 | 1 | 2 | 14 |
| Entre Ríos | — | — | — | 1 |
| Santa Fe | 3 | — | — | 26 |
| Centro | 74 | 6 | 33 | 357 |
| Mendoza | 1 | — | — | 7 |
| San Juan | — | — | — | 5 |
| San Luis | — | — | — | 4 |
| Cuyo | 1 | — | — | 16 |
| Chaco | — | — | — | 4 |
| Corrientes | 1 | — | — | 7 |
| Formosa | — | — | — | 9 |
| Misiones | — | — | — | 1 |
| Noreste Argentino | 1 | — | — | 21 |
| Catamarca | — | — | — | — |
| Jujuy | — | — | — | 1 |
| La Rioja | — | — | — | 2 |
| Salta | — | — | — | 3 |
| Santiago del Estero | — | — | — | 7 |
| Tucumán | — | — | — | 7 |
| Noroeste Argentino | — | — | — | 20 |
| Chubut | — | — | — | 5 |
| La Pampa | — | — | — | 1 |
| Neuquén | 1 | — | — | 7 |
| Río Negro | 1 | — | — | 7 |
| Santa Cruz | — | — | — | 2 |
| Tierra del Fuego | — | — | — | 1 |
| Sur | 2 | — | — | 23 |
| Total Argentina | 78 | 6 | 33 | 437 |

Casos confirmados y total de notificaciones acumuladas según jurisdicción de residencia. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS) en 60 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

Cinco de los casos requirieron internación, ninguno de ellos en cuidados intensivos. No se registraron casos fallecidos en el presente año. Doce casos registran antecedentes de viaje o contacto con viajeros.



Casos confirmados de mpox según grupos etarios y sexo. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

El 95% de los casos confirmados residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (71%) y la provincia de Buenos Aires (18%).

De los 78 casos confirmados, 77 corresponden a personas de sexo masculino y una al sexo femenino, mientras que la mediana de edad es de 35 años.

Según los datos disponibles hasta el momento, la población más afectada es la de hombres que tienen sexo con hombres (67% de 52 casos que cuentan con datos para las variables epidemiológicas) y el principal factor de riesgo resulta el antecedente de relaciones sexuales con parejas nuevas múltiples y ocasionales. De los 40 casos que cuentan con el dato referido a la condición de VIH, 33 registran coinfección con este virus.

En 98% de los casos que cuentan con información sobre signos y síntomas (73 casos) se registró la presencia de exantema en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos, rostro y torso), seguido en frecuencia por fiebre y cefalea.

El Ministerio de Salud Pública de Salta comunicó que se registró una notable disminución en los casos de salmonelosis en la provincia en el último año.

Al comparar el número acumulado de casos notificados entre las semanas epidemiológicas 1 y 39 de 2023, con un total de 824 casos confirmados, y el mismo periodo de 2024, con 391, se puede observar una disminución de 52,5% de casos positivos.



Según el índice epidémico, que se entiende como la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente y los casos que se esperan o prevén para la misma semana, actualmente Salta se encuentra con una incidencia baja de casos, lo que significa que hay menos positivos de los esperados.

La jefa de Sala de Situación, Rocío Silvana Corrales, explicó que, en el último mes, “a pesar de las altas temperaturas propias de la época, en la que es esperable la aparición de más casos de esta enfermedad, se registraron sólo dos y que, en igual periodo de 2023, fueron 40”.

Corrales destacó que “este gran logro es gracias a las acciones interdisciplinarias enmarcadas en el cordón sanitario del río Arias-Arenales, en la que intervienen diferentes carteras del Gobierno provincial y las municipalidades de esa región. Estamos seguros de que gracias a las intervenciones oportunas logramos bajar los casos”.

Geográficamente, el cordón sanitario se extiende desde San Lorenzo Chico hasta la finca La Maroma, en el municipio de Coronel Moldes, incluyendo áreas ribereñas de la subcuenca Arias-Arenales de los departamentos Capital, Cerrillos, Chicoana, La Caldera y La Viña.

Los servicios de salud que tienen jurisdicción sobre esta franja territorial han ejecutado, entre otras actividades, intervenciones de vigilancia intensificada de patologías relacionadas con el agua de río. Se trata de las áreas operativas capitalinas bajo responsabilidad de los hospitales Materno Infantil y Papa Francisco; y de los hospitales base de las áreas operativas Cerrillos, La Merced, El Carril, La Caldera y Coronel Moldes.

Corrales destacó que uno de los trabajos que más contribuyeron a este logro fue el de las escuelas centinelas. “Contamos con 72 establecimientos educativos ubicados en las proximidades de la cuenca del río Arias-Arenales, a los que hemos capacitado para prevenir y detectar patologías hidrottransmisibles, como salmonelosis, diarreas u otras, que puedan estar relacionadas con la contaminación de las aguas del río”, afirmó.

Además, la profesional comentó que, el 6 de septiembre, el Hospital ‘Papa Francisco’ organizó una feria sanitaria en el parque de la Familia, donde participaron diferentes escuelas centinelas de la zona sur capitalina, en la que hubo diferentes stands, talleres, actividades lúdicas y capacitaciones sobre el lavado de manos.

La implementación de estas acciones de trabajo fue para dar cumplimiento a las disposiciones del Acta de Sentencia del Poder Judicial, Expediente N° 800732/23, por la contaminación en la sub cuenca del río Arias-Arenales.

Bromatología

La jefa del programa de Bromatología, Marta Alicia Chuchuy, dijo que han capacitado a todo el personal que manipula alimentos en las escuelas y colegios, tanto a docentes, como personal de cocina y de maestranza. “Explicamos cuales son las cinco claves de la inocuidad alimentaria, para evitar enfermedades, garantizando que los alimentos sean seguros para el consumo”, manifestó.

Asimismo, la profesional indicó que han difundido el curso de manipulación de alimentos en los diferentes municipios que están sobre la cuenca del río Arias-Arenales, para que participen diferentes empresas y comercios.

Por otra parte, desde marzo, “hemos estado realizando controles de inspección y tomando muestras de frutas y verduras en diversos mercados y puestos de venta, principalmente en verduras de hoja. Hasta la fecha, no hemos obtenido resultados positivos para salmonelosis”, expresó Chuchuy.



SUDAMÉRICA

LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA REDUCE
EL RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN EN 35%

03/10/2024

Las vacunas contra el virus de la influenza reducen el riesgo de hospitalizaciones en 35%, concluyó un [estudio](#) reciente con datos de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

A partir de información recabada entre marzo y julio de 2024 en 2.535 hospitales de esos países, los resultados refuerzan la importancia de que la población más vulnerable esté protegida para prevenir los costos sanitarios y económicos asociados a la hospitalización.



El impacto de la vacunación depende de factores como la incidencia de la enfermedad por temporada, la efectividad de la vacuna y las coberturas alcanzadas.

Como las cepas del virus van mutando a lo largo de los años, permanentemente se elaboran vacunas nuevas.

En Argentina, por ejemplo, la enfermedad se presentó este invierno con muchos problemas laríngeos y traqueales, pero sin efecto pandémico.

La influenza puede causar hasta 830.000 hospitalizaciones y 70.000 muertes en la región sudamericana, con especial daño sobre niños pequeños, pacientes con condiciones preexistentes y adultos mayores. El trabajo calculó la efectividad promedio de la vacuna en 34,5%, elevado al 58% para personas con comorbilidades.

Aunque son tasas menores a las que de otras vacunas, la inmunización es necesaria, porque las enfermedades infecciosas causan mayor mortalidad en las personas débiles.

Estos cuadros pueden llevar a internaciones con terapia intensiva. Además, cada reinfección puede deteriorar la salud en otros aspectos, entre ellos eventos cardiovasculares.

La investigación identificó 11.751 casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) asociados con la influenza A. El 21% de esos pacientes estaban vacunados, cifra aún por debajo del [escenario pre-covid](#), algo atribuible a las dudas sobre la efectividad de las vacunas y a la interrupción de los servicios de inmunización por la pandemia. A estas causas se agrega cierto “agotamiento” causado por la prédica antivacunas.

Todos estos factores pueden haber influido en la actual temporada de influenza, que este año se adelantó entre cuatro y cinco semanas en las regiones del Cono Sur y Andina, en comparación con las temporadas de 2010 a 2019.

Estos cambios llevaron a la Organización Panamericana de la Salud a recomendar nuevas medidas de adaptación, como la optimización de los mecanismos de identificación temprana, para garantizar un manejo clínico adecuado y evitar la saturación de los centros especializados.

Los países con mayores tasas de éxito fueron Uruguay (61%) y Chile (57%), seguidos por Argentina (42%) y Brasil (30%).

La mayoría de las hospitalizaciones por IRAG en Brasil correspondían a niños menores, para quienes la vacuna tiene una menor efectividad estimada.

Además, existen diferencias en la temporalidad de la circulación viral entre países, por lo que, con vistas a próximos abordajes, es importante que cada uno pueda obtener sus propios cálculos de manera oportuna.

Sin embargo, la limitación más importante deriva de la cantidad de casos de IRAG que no se han podido incluir en el cálculo por falta de datos de diagnóstico molecular.

Esa brecha puede introducir sesgos en las estimaciones y alterar los resultados, por lo que los países de la región deberían intensificar sus esfuerzos para mejorar las capacidades de diagnóstico en los centros centinela, encargados de una vigilancia epidemiológica intensificada.

Además, el tamaño de la muestra fue reducido debido a que las estimaciones se basan en datos de mediados de la temporada, aunque espera que la evaluación hacia el final aporte resultados más robustos.

Lo importante es vacunarse varias veces e ir generando inmunidad cruzada, lo que sucede cuando la protección contra una cepa se extiende a otras similares, contribuyendo a que la enfermedad se presente de maneras más leves.

La vacunación sigue siendo una de las medidas más efectivas para prevenir complicaciones junto al lavado de manos, el uso de barbijos y los tratamientos antivirales.

Para potenciar las campañas anuales, se recomienda mejorar las coberturas en grupos de riesgo (niños, mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónicas, trabajadores de salud y adultos mayores) a través de estrategias de comunicación adaptadas.

También es importante asegurar que la vacuna esté disponible de manera rápida y oportuna, lo que permite alcanzar tasas de cobertura con mayor impacto y menor número de casos.

Las comunidades indígenas de América Latina afirman que están siendo excluidas de la respuesta mundial al VIH/sida, dejándolas sin acceso a medicamentos que salvan vidas y herramientas de prevención.

La región de América Latina en su conjunto se enfrenta a un número cada vez mayor de nuevas infecciones por VIH según el [Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida \(ONUSIDA\)](#), en medio de una disminución de los fondos para combatir la enfermedad.



Los indígenas afectados por el VIH dicen que se sienten “invisibles” porque no hay datos sobre la prevalencia del virus en sus comunidades y no pueden acceder a medicamentos para el tratamiento o la prevención del VIH.

Los líderes comunitarios han escrito a la Sociedad Internacional del Sida (IAS) exigiendo “representación permanente” dentro de la organización, donde dicen que actualmente no tienen representación.

“Los datos epidemiológicos actuales no nos hacen justicia ya que somos considerados parte de la población general, lo que nos invisibiliza y hace invisibles nuestras realidades”, dijo Fernando Chujutalli Córdova, activista del VIH de Perú, en una conferencia sobre el VIH en Lima la semana pasada.

“Sin nuestras voces, permanecemos invisibles, silenciados y atrapados en una profunda desigualdad”.

Las comunidades afectadas, que ya enfrentan desafíos que incluyen racismo, estigma y discriminación, están pidiendo intervenciones específicas para garantizar su supervivencia.

Citando una declaración de una coalición que representa a los pueblos indígenas con VIH/sida, Córdova dijo que las instituciones no estaban abordando las necesidades de las comunidades indígenas en la respuesta al VIH, poniéndolas en riesgo de “extinción”.

Sin incluirlos, la región no podrá alcanzar las metas globales 95-95-95 para combatir el VIH/sida, agregó Córdova, explicando que “América Latina no puede alcanzar el 5% final porque asumimos que esos son los pueblos indígenas sin acceso”.

Los objetivos son que 95% de las personas con VIH conozcan su estado, que 95% de los diagnosticados reciban un tratamiento constante y que 95% de los que reciben terapia antirretroviral tengan sus niveles del virus suprimidos para 2025.

El incumplimiento de los regímenes de tratamiento contra el VIH puede ser un problema. Pero Williams Morales, un activista de Chile que vive con el VIH, dice que la incorporación de conocimientos y medicinas ancestrales tradicionales a la prevención y el tratamiento del VIH podría mejorar la adherencia.

La hipocresía del VIH

Morales señaló lo que considera “hipocresía” en el enfoque actual de la prevención del VIH, diciendo que hay brechas entre las promesas y el progreso real e inclusivo.

“Hemos visto la hipocresía en la prevención del VIH”, dijo Morales, hablando a través de un intérprete.

“Nuestras comunidades, especialmente las parteras tradicionales que atienden casi 40% de los partos y son muy respetadas, están excluidas de la respuesta al VIH simplemente porque no saben leer ni escribir”.

Según un informe del ONUSIDA, el número de muertes relacionadas con el sida disminuyó a nivel mundial un 28% desde 2010, pero hubo un aumento entre las mujeres en Costa Rica, El Salvador, México, Panamá, Paraguay y Perú.

En algunos países, como Brasil y Guatemala, se observó una alta prevalencia del VIH entre las poblaciones afrodescendientes e indígenas. En Brasil, la prevalencia del VIH entre las mujeres afrodescendientes es el doble de la prevalencia de la población femenina en general.

También se informó de una alta prevalencia del VIH (superior a 5%) entre las comunidades indígenas de Venezuela, Perú y Colombia, y de que las barreras geográficas y lingüísticas figuran entre los factores que afectan el acceso a los servicios.

La quinta conferencia sobre Investigación del VIH para la prevención de la IAS se celebró por primera vez en Lima, creando una oportunidad para destacar los desafíos de la prevención del VIH en la región de América Latina.

Beatriz Grinsztejn, presidenta de la IAS, dijo que esperaba que esto ayudara a llamar la atención sobre la urgente necesidad de ampliar la prevención del VIH en América Latina. “La nuestra es una de las pocas regiones del mundo donde el VIH está aumentando”, afirmó.

“Es alarmante que las nuevas adquisiciones de VIH en América Latina hayan aumentado entre 2010 y 2023 a pesar del advenimiento de nuevas y poderosas herramientas de prevención como la profilaxis pre-exposición (PrEP), un medicamento para prevenir el VIH”.

Sobre la cuestión de la representación de las comunidades indígenas, el IAS dijo que estaba comprometido a elevar las voces indígenas dentro de su programación.

“Hemos realizado esfuerzos importantes para promover a los pueblos indígenas a través de diversas iniciativas”, dijo un portavoz, citando una serie de eventos de conferencias.

Déficit de financiación

Considerada demasiado rica para recibir fondos de donantes, la región latinoamericana enfrenta una escasez de recursos para abordar su epidemia de VIH, que está en aumento.

“Mi región tiene un desafío”, dijo Brenda Crabtree-Ramírez, investigadora principal de la clínica de VIH del Departamento de Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición ‘Dr. Salvador Zubirán Anchondo’.

“No tenemos la alta carga de enfermedad o incidencia de otras regiones, por lo que no somos vistos... No somos lo suficientemente pobres como para recibir fondos, pero tampoco somos lo suficientemente ricos como para financiar el VIH para alcanzar los objetivos”.

“Además del aumento del VIH, las tasas de mortalidad por enfermedad avanzada del VIH son cada vez más altas, especialmente entre las mujeres”, añadió.

Alrededor de 100.000 personas en Brasil utilizan actualmente PrEP oral, mientras que el país está en negociaciones para adquirir CAB-LA, una forma inyectable de PrEP, según Artur Kalichman, subdirector del departamento de VIH e infecciones de transmisión sexual del Ministerio de Salud de Brasil.

Sin embargo, el precio propuesto inicialmente en las negociaciones para la PrEP inyectable era 14 veces más alto que el precio de la PrEP oral, y agregó: “Es muy difícil mantener la sostenibilidad en una situación como esa sin ayuda”.

La organización de acciones para el control de la fiebre amarilla en la región fronteriza será objeto de una reunión entre técnicos de la Coordinación General de Vigilancia Sanitaria de la Secretaría de Salud (SESAU), miembros del equipo técnico de Salud del Municipio de Bonfim y autoridades de Guyana.

El encuentro se produjo luego de que el Estado confirmara el segundo caso del tipo salvaje en 2024, en un paciente de 13 años, residente de la comunidad Awarewanau Village, en el país vecino.

Según informaciones del Centro de Control de Fiebre Amarilla y Dengue, el paciente presentó los primeros síntomas compatibles con fiebre amarilla el 30 de septiembre, siendo trasladado del Hospital Regional de Lethem (Guyana) al Hospital General de Roraima 'Rubens de Souza Bento' (HGR), en Boa Vista.

La enfermedad fue confirmada por el Laboratorio Central de Salud Pública de Roraima el 11 de octubre. El paciente se encuentra en tratamiento, en buen estado clínico, bajo la atención del equipo de enfermedades infecciosas del HGR.

“El equipo de Enfermedades Infecciosas del HGR organizó rápidamente todo el protocolo de manejo de este paciente, incluida la notificación y recolección de muestras. Posteriormente, el paciente pasó a la unidad de cuidados intensivos y responde bien al tratamiento”, destacó la gerente del Centro de Control de Fiebre Amarilla y Dengue, Rosângela Santos.

El primer caso de fiebre amarilla salvaje de este año se identificó en marzo. El paciente de 17 años, residente de una región cercana a la ciudad de Lethem, fue atendido y acompañado por profesionales del HGR, siguiendo todos los protocolos previstos por la Coordinadora General de Vigilancia de la Salud, siendo dado de alta tras su curación.

La vacuna es necesaria

Ante la confirmación de un nuevo caso importado, la SESAU alertó a la población sobre la necesidad de vacunarse contra la enfermedad. La vacuna está disponible en cualquier Unidad Básica de Salud.

“Es importante informar a toda la población que la mejor y mayor prevención es la vacuna. Durante este período de compras, cuando se realiza la caravana de todos los municipios, incluidos otros estados, hacia Lethem, es necesario que las personas hayan sido vacunadas contra la fiebre amarilla al menos 15 días antes del viaje”, explicó Rosângela Santos.

También informó que la población puede ayudar a fortalecer la vigilancia de la fiebre amarilla reportando a las autoridades sanitarias si encuentran animales (monos o perezosos) muertos. La vigilancia epizootica es fundamental para prevenir casos en humanos.

“Si se encuentra un mono muerto o enfermo debe avisarse a las autoridades de endemias del municipio para que tomen las medidas necesarias. Esto no quiere decir que se esté transmitiendo, pero es un aviso de que el virus de la fiebre amarilla está circulando”, destacó.

Costa Rica está en camino de cerrar el 2024 como el año con el mayor número de casos de dengue en su historia.

Este aumento alarmante generó preocupación entre los especialistas de salud pública, pues se registra un total de 31.357 casos notificados hasta la semana epidemiológica 39.

En Costa Rica, la región del Pacífico Central presenta la mayor incidencia, con 828 casos cada 100.000 habitantes. Sin embargo, las regiones Central Sur y Central Norte concentran 70% de los casos reportados.

La Dra. Iris Guiselle Guzmán Saborío, epidemióloga de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), indicó que los casos notificados este año superan en más de 80% a los del año anterior, y representan un 30% más que durante el brote más significativo registrado en el país.

“Estamos cerca de cerrar 2024 como el año con el mayor número de casos de dengue en la historia”, afirmó Guzmán.

En cuanto a las presentaciones clínicas, la Dra. Marcela Hernández Mezerville, infectóloga del Hospital Nacional de Niños (HNN), indicó que, hasta la semana epidemiológica 39, se han reportado 338 casos de dengue con signos de alarma y dengue grave.

Los epidemiólogos expresaron su preocupación por la circulación simultánea de todos los serotipos del virus Dengue, predominando los serotipos DENV-3 y DENV-4, que afectan a la población vulnerable que no había estado expuesta anteriormente.

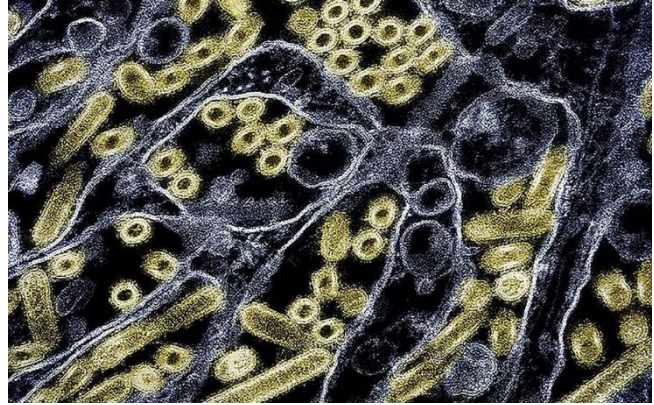
El Dr. Juan Carlos Villalobos Ugalde, microbiólogo especialista en virología, advirtió sobre el alto riesgo de dengue grave, especialmente para quienes han sido infectados en el pasado. Hasta ahora, el HNN atendió a seis niños con dengue grave, de los cuales cinco ya se encuentran fuera de peligro gracias a la atención especializada.

Las autoridades de salud continúan trabajando en la prevención y control de esta enfermedad, instando a la población a mantenerse informada y activa en la lucha contra el dengue.



El riesgo de que el virus de la influenza aviar A(H5N1) se combine con el de la influenza estacional para crear una cepa más peligrosa aumentará drásticamente este invierno, según predijo una importante plataforma de seguimiento de enfermedades.

Cuando dos o más cepas de un virus infectan a la misma persona, pueden intercambiar material genético y crear variantes nuevas y más peligrosas de una enfermedad a través de un proceso llamado recombinación.



Según un modelo preliminar de la firma de análisis [Airfinity](#), el riesgo de redistribución del virus de la influenza aviar A(H5N1) este invierno aumentará cinco veces en comparación con los meses de verano, debido a la aparición de la influenza estacional.

La redistribución es una preocupación particular en el caso del virus A(H5N1) que, según informes del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, ha infectado a aves y a casi 300 rebaños de vacas lecheras en todo el país durante los últimos 10 meses, con California y Colorado como focos principales. En paralelo, se han informado 19 casos humanos en 2024, lo que refleja un riesgo latente.

El virus A(H5N1) tiene una alta tasa de mortalidad, pero actualmente se propaga de manera ineficiente entre humanos.

Pero si se combinara con una variante de influenza más transmisible, como la influenza estacional, podría transmitirse mucho mejor de una persona a otra, lo que podría causar brotes importantes o incluso una pandemia, temen los expertos.

La probabilidad de que los trabajadores de las industrias láctea y avícola –aquellos que corren mayor riesgo de contraer la influenza A(H5N1)– también se infecten con la influenza estacional aumenta en invierno, cuando las infecciones de influenza surgen de forma natural, debido en gran medida a las temperaturas más frías, el hacinamiento en interiores y los sistemas inmunológicos debilitados.

La pandemia de influenza A(H1N1) de 2009 surgió como resultado de una triple recombinación entre los virus de las influencias aviar, porcina y humana, lo que dio lugar a una nueva variante que pudo propagarse rápidamente, contribuyendo a la muerte de aproximadamente un cuarto de millón de personas e infectando a entre 11 y 21% de la población mundial.

El modelo utilizado por Airfinity combina datos históricos sobre casos de influenza estacional, brotes de influenza aviar en el ganado, y la frecuencia de contacto entre trabajadores agrícolas y animales infectados. Utilizando técnicas de aprendizaje automático, el modelo calcula la probabilidad de que un trabajador agrícola se infecte con influenza estacional e influenza A(H5N1) simultáneamente. A partir de ahí, estima la posibilidad de un evento entre los mencionados virus recombinantes que pueda producir una nueva cepa híbrida. Este enfoque basado en datos

permite evaluar el riesgo durante diferentes estaciones del año, y los resultados indican que el invierno es el momento más crítico para un evento de este tipo.

Reordenamiento por coinfección

La evidencia preliminar sugiere que la efectividad de la vacuna contra la influenza estacional de 2024 podría ser tan baja como 35%, según muestran los estudios de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos sobre la reciente temporada de influenza en el Hemisferio Sur.

“Junto con una baja aceptación de la vacuna, que dejaría a más personas en riesgo de contraer influenza, estos factores aumentan el riesgo de que se produzca una redistribución”, dijo Connor Browne, consultor de bioriesgos.

“La combinación de una eficacia menor a la esperada para la vacuna contra la influenza de este año y la probabilidad de que la aceptación de la vacuna sea menor que en años anteriores aumenta las posibilidades de que ocurra un evento de recombinación del virus A(H5N1) a través de una coinfección”, dijo.

Al menos 19 personas han sido infectadas con el virus A(H5N1) en Estados Unidos este año, casi todas ellas trabajadores de granjas avícolas o lecheras que tuvieron contacto directo con animales enfermos.

Pero uno de los casos –[un paciente de Missouri](#)– no tuvo ningún contacto conocido con animales. Al menos siete personas que tuvieron contacto con ese paciente presentaron síntomas similares a los de la influenza al mismo tiempo, lo que aumenta la preocupación de que el virus ya podría estar propagándose entre las personas. Los CDC están investigando este posible conglomerado, pero no han informado si estaban o no infectados con el virus A(H5N1).

Los expertos consideran desde hace tiempo que la influenza aviar es una de las principales amenazas para la salud mundial e instaron a los gobiernos de todo el mundo a [reforzar sus planes de preparación para pandemias](#) en caso de que el virus comience a propagarse entre humanos, algo que la Organización Mundial de la Salud subrayó reiteradamente que sería de “enorme preocupación”.

La Dra. Angela Rasmussen, viróloga de la Organización de Vacunas y Enfermedades Infecciosas, dijo el 10 de octubre que Estados Unidos debe centrarse en “el acceso a las pruebas, hacer llegar las vacunas a las personas con exposición ocupacional de alto riesgo y responder algunas de las preguntas científicas básicas, como la forma en que se transmite el virus entre vacas”.

Estrategias propuestas

Ante la posibilidad de un evento de recombinación, los expertos han planteado diversas estrategias para mitigar el riesgo. En primer lugar, se ha comenzado a vacunar a los trabajadores agrícolas contra la influenza estacional. Otra propuesta es vacunar al ganado contra la influenza aviar, una estrategia que aún está en fase de discusión pero que podría reducir la carga viral en animales y, por ende, la posibilidad de que los trabajadores se expongan al virus.

Además, se ha hecho hincapié en la necesidad de ampliar las capacidades de diagnóstico para detectar infecciones por el virus A(H5N1) tanto en animales como en humanos. Actualmente, la mayoría de las pruebas pasan por los CDC, pero los expertos sugieren que los laboratorios clínicos locales deberían tener la capacidad de realizar estas pruebas para mejorar la detección temprana. Asimismo, se han propuesto campañas de concienciación para educar a las personas sobre los riesgos de tocar aves enfermas o muertas, un vector común de transmisión.

Los casos de tos convulsa alcanzaron su nivel más alto en una década para esta época del año. Hasta ahora se han reportado 18.506 casos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el mayor número a esta altura del año desde 2014, cuando superaron los 21.800, informaron el 17 de octubre funcionarios estadounidenses.

Este aumento no ha sido inesperado, ya que la tos convulsa alcanza su punto máximo cada tres a cinco años, dijeron los expertos en salud. Y las cifras indican un retorno a los niveles anteriores a la pandemia de covid, cuando disminuyeron los casos de tos convulsa y otras enfermedades contagiosas.



Imagen de microscopio electrónico de *Bordetella pertussis*.

Aun así, estas cifras han generado inquietud entre algunos funcionarios estatales, como en Wisconsin, donde se han reportado unos 1.000 casos en lo que va del año, comparados con un total de 51 el año pasado.

Los CDC informaron que las tasas de vacunación en las guarderías descendieron el año pasado a nivel nacional, y que las exenciones de vacunación están en su nivel más alto. El 17 de octubre se publicaron las cifras estatales, las cuales muestran que alrededor de 86% de los niños de preescolar en Wisconsin se vacunaron contra la tos convulsa, en comparación con más de 92% a nivel nacional.

La tos convulsa solía ser muy común hasta que se introdujo una vacuna en la década de 1950, la cual ahora forma parte de las vacunas infantiles habituales. Se administra en una inyección junto con las vacunas contra el tétanos y la difteria. La vacuna combinada se recomienda para los adultos cada 10 años.

“Solían llamarla la tos de los 100 días porque literalmente dura 100 días”, explicó Joyce Knes-trick, una enfermera familiar en Wheeling, West Virginia.

La tos convulsa suele afectar sobre todo a lactantes y niños pequeños, que pueden desarrollar complicaciones graves. Por eso se recomienda la vacuna durante el embarazo, para transmitir la protección al recién nacido, y a quienes pasan mucho tiempo con bebés.

Pero los trabajadores de salud pública advirtieron que los brotes de este año están afectando a niños mayores y adolescentes. En Pennsylvania, la mayoría de los brotes se han producido en secundarias, preparatorias y universidades, dijo un funcionario. Casi todos los casos reportados en el condado de Douglas, en Nebraska, son niños en edad escolar y adolescentes, dijo Justin Frederick, subdirector del Departamento de Salud.

La doctora Kris Bryant, especialista en enfermedades infecciosas pediátricas del Norton Children’s Hospital en Louisville, Kentucky, afirmó que es importante someterse pronto a las pruebas y al tratamiento con antibióticos. Las personas expuestas a la bacteria también pueden tomar antibióticos para detener el contagio.



El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades de Perú emitió una [Alerta Epidemiológica](#) destinada a los establecimientos de salud públicos y privados a nivel nacional ante el riesgo de introducción de casos importados de sarampión, con la finalidad de intensificar las actividades de vacunación y de la vigilancia epidemiológica de sarampión y rubéola a través de la identificación de todo febril eruptivo.

Antecedentes

En Perú, el último caso autóctono de sarampión se presentó en el año 2000, en el distrito de Ventanilla, región Callao. Durante 2018, entre las semanas epidemiológicas (SE) 8 y 41, se confirmaron 42 casos (38 confirmados por laboratorio y cuatro por nexo epidemiológico) relacionados a casos importados de Venezuela, Europa y Filipinas; en 2019 se presentaron dos casos confirmados importados de Europa y un caso relacionado a la importación.

La vigilancia epidemiológica integrada de sarampión y rubéola en el país tiene la finalidad de identificar a todo paciente febril eruptivo según la definición de caso sospechoso, cuya sensibilidad para la captación de casos es monitoreada según el cumplimiento de la tasa de notificación anual.

La cobertura anual de vacunación para la segunda dosis de la vacuna triple viral entre el periodo 2019-2023 fue inferior a 70%: 65,9% en 2019, 52,2% en 2020, 59,8% en 2021, 53,8% en 2022, y 65,6% en 2023. Esto dio lugar a un acumulado de 1.100.591 niños menores de 5 años susceptibles de contraer sarampión, alcanzando un índice de riesgo de 1.65. El índice de riesgo igual o mayor a 0,8 significa que el área evaluada tiene un alto riesgo de permitir la circulación de virus de sarampión y por ende potencial presencia de brotes o epidemias.

En la evaluación de riesgo para la presentación de casos importados a través de la herramienta de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) realizada en 2023 (periodo 2019-2023), donde se evaluó además de la inmunidad poblacional, la calidad de la vigilancia, el rendimiento del programa de vacunación, evaluación de la amenaza y respuesta rápida; se encontró que de los 1.891 distritos del país, 10 (0,5%) fue categorizada en muy alto riesgo, 1 417 (74,9%) fueron categorizados en alto riesgo, 462 (24,4%) fueron categorizados en riesgo medio y dos (0,1%) en bajo riesgo.

Situación epidemiológica

En 2024, hasta la SE 38, se han notificado en la Región de las Américas, 365 casos confirmados de sarampión en ocho países, cinco países más en relación con 2023, siendo estos: Estados Unidos (264 casos), Canadá (82), México (7), Argentina (3), Bolivia (3), Perú (2), Turks and Caicos Islands (2) y Brasil (2); asimismo se han notificado siete casos de rubéola en Estados Unidos y un caso de síndrome de rubéola congénita en Canadá. En Estados Unidos, 42% de los casos de sarampión correspondió a menores de 5 años, 31% entre 5 a 19 años y 27% a personas de 20 años o más.

En la SE 41, las autoridades de salud de Argentina emitieron una alerta epidemiológica ante la confirmación de tres casos de sarampión en la provincia de Río Negro, en menores de 11 años que no contaban con antecedente vacunal contra sarampión. Hasta el 14 de octubre ya se han confirmado en total ocho casos: dos de ellos con antecedente de viaje reciente a Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) y los seis restantes son familiares. Hasta el momento no se han identificado sintomáticos fuera de este núcleo familiar. Las autoridades sanitarias de Argentina continúan las investigaciones sobre este evento.

En Perú, durante el presente año, se confirmaron dos casos de sarampión en las SE 6 y 8, sin identificarse casos relacionados durante la investigación; a raíz de ello se viene fortaleciendo la sensibilidad de la vigilancia de sarampión y rubéola a través de la identificación de casos febriles eruptivos. En 2024, hasta la SE 39, se han notificado 492 casos sospechosos de sarampión/rubéola, lo que representa una tasa de notificación de 1,44 casos sospechosos cada 100.000 habitantes, que si bien es superior a lo alcanzado en los últimos años, aún no es homogénea a nivel nacional; asimismo, en el país se viene realizando un barrido nacional de vacunación con vacuna triple viral en niños de 1 año a 6 años 11 meses 29 días, con el objetivo de reducir el número de susceptibles acumulados durante los últimos años debido a las coberturas de vacunación menores a 95%.

En 2024, hasta agosto, Perú recibió un total de 2.178.302 viajeros internacionales, mostrando un incremento de 39,1% respecto del mismo periodo de 2023, siendo principalmente provenientes de América del Sur (52%), Estados Unidos y Canadá (21,8%) y Europa (16.4%).

Actualmente, el país presenta riesgo de ingreso de casos importados de sarampión o rubéola debido a la circulación de estos virus en países de la región y en otros continentes, y al elevado movimiento poblacional producto del turismo. El país se encuentra en proceso de disminuir el número de niños menores de 7 años susceptibles de enfermar, así como mejorar y mantener un sistema sensible de vigilancia de sarampión/rubéola.



ÁFRICA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MPOX

11/10/2024

En 2024, hasta el 10 de octubre, 16 países de la Región de África notificaron 7.531 casos confirmados, incluidas 32 muertes. Los tres países que más casos notificaron en 2024 son República Democrática del Congo (6.169 casos), Burundi (987) y Nigeria (94).

Un número significativo de casos sospechosos de mpox, que son clínicamente compatibles con mpox, no se someten a pruebas debido a la limitada capacidad de diagnóstico en algunos países africanos y, por lo tanto, nunca se confirman. En 2024, 16 países notificaron 38.556 casos sospechosos y analizados en laboratorio, incluidas 998 muertes sospechosas y confirmadas.

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran de acuerdo con distintas definiciones de caso nacionales. En algunos países, los casos sospechosos que se someten a pruebas no se eliminan del recuento, independientemente de si el resultado de la prueba es positivo (caso confirmado) o negativo (caso descartado). Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para la mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

- **Burundi:** Declaró la epidemia de mpox por el clado Ib del virus el 25 de julio de 2024. La situación se agravó rápidamente en las semanas siguientes y, hasta el 9 de octubre de 2024 (semana epidemiológica [SE] 41), se había notificado un total de 1.170 casos confirmados por laboratorio, sin muertes, en 38 de los 49 distritos (77,5%). Dos nuevos distritos se vieron afectados durante la SE 39, y se notificaron 49 nuevos casos confirmados por laboratorio en la misma SE en comparación con los 211 casos de la SE anterior, lo que marca una disminución. Los niños menores de cinco años representan 27,3% de todos los casos confirmados. Se registró un total de 31.066 alertas mediante esfuerzos de vigilancia, con 442 nuevas alertas identificadas en la SE 39. Actualmente, 432 personas están hospitalizadas, y se han registrado 157 nuevos ingresos durante este período. Mientras tanto, 421 pacientes han sido dados de alta en total, incluidas 74 nuevas altas en la SE 41. El rastreo de contactos ha sido enérgico, con 6.250 contactos registrados en total, y 936 nuevos contactos rastreados en la SE actual del informe. Hasta la fecha se han realizado 2.095 pruebas, 352 de ellas durante este período del informe. El norte de Bujumbura sigue siendo la zona más afectada, con más de 40% del total de casos. Una alta tasa de positividad de 40,7% subraya aún más la importante transmisión comunitaria, sin que se hayan registrado muertes.
- **Gabón:** Notificó su primer caso confirmado el 22 de agosto en Libreville. El caso involucró a un hombre de 30 años que había viajado recientemente a Uganda, donde probablemente

contrajo el virus. Al regresar a Gabón, desarrolló síntomas, como fiebre, fatiga y una erupción cutánea generalizada, y buscó atención médica el 21 de agosto. Al 6 de octubre de 2024, de los 15 casos sospechosos identificados y examinados, dos dieron positivo para el virus de la mpox (el primer caso y un contacto conocido del primer caso). Gabón no notificó nuevos casos en los últimos 28 días.

- **República Centroafricana:** En la SE 41, no hubo casos sospechosos. Hubo 14 nuevos casos sospechosos en la SE 39, sin que se notificaran nuevas muertes. Se identificaron dos nuevos casos confirmados, los últimos casos registrados en los distritos de Mbaïki y Bangassou el 26 de septiembre. Siete pacientes permanecen hospitalizados en cinco distritos. En 2024, hasta la SE 41, el país notificó un total de 347 casos sospechosos, de los cuales 57 fueron confirmados, junto con una muerte confirmada. Cabe destacar que 19% de los casos confirmados son niños menores de 4 años y 81% de los casos son menores de 25 años. El brote sigue activo en siete distritos sanitarios, mientras que 14 distritos han notificado al menos un caso confirmado durante el año. La cepa del virus de la mpox que circula en República Centroafricana se ha identificado como clado Ia. Las iniciativas incluyen la finalización del plan de respuesta nacional y la distribución de 13 toneladas de equipo de protección personal proporcionado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la Organización Mundial de la Salud. También se están realizando preparativos para educar a los maestros de escuela sobre el conocimiento de la mpox.
- **Camerún:** En 2024, hasta el 6 de octubre, el país notificó un total de 98 casos sospechosos, de los cuales seis (cinco hombres y una mujer) han sido confirmados, incluidas dos muertes relacionadas, repartidas en siete regiones. El último caso positivo se notificó el 7 de septiembre. Se han realizado pruebas de laboratorio en 93% de los casos sospechosos, con una tasa de positividad de 10,7%. Se identificó al clado II como la cepa circulante en las regiones Nord-Ouest y Sud-Ouest. La capacidad de laboratorio para realizar pruebas de mpox sigue siendo limitada y existen desafíos en la participación de la comunidad y la comunicación de riesgos.

El Ministerio de Salud de El Líbano confirmó el 16 de octubre el primer caso de cólera en el norte del país en medio de la ofensiva israelí, por lo que la Organización Mundial de la Salud advirtió que el riesgo de un brote es “muy alto” debido al desplazamiento forzado de cientos de miles de personas con motivo de los ataques israelíes.

La cartera ministerial explicó que un individuo de nacionalidad libanesa fue hospitalizado el 14 de octubre en la gobernación de Akkar con diarrea y deshidratación y que las investigaciones confirmaron durante la jornada que se trata del primer caso de cólera. Además, confirmó que se activará un plan nacional y se tomarán medidas de contención.



El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció que activó el plan de preparación y respuesta para fortalecer la vigilancia y el rastreo de contactos, incluida la vigilancia ambiental y el muestreo de agua. Además, lamentó que la campaña de vacunación oral iniciada en agosto se haya visto interrumpida por la escalada de la violencia, razón por la que remarcó que “la solución para la población libanesa no es la ayuda, sino la paz”.

Además, el representante de la OMS en El Líbano, Abdel Naser Abú Bakr, alertó que “si el brote de cólera alcanza a las personas recién desplazadas, su propagación puede ser rápida”. “La Organización de Naciones Unidas advirtió hace meses que la enfermedad podría reaparecer ante el deterioro de la situación de agua e higiene entre los desplazados y sus comunidades de acogida”, remarcó, advirtiendo que algunos desplazados no han adquirido ninguna inmunidad contra el cólera.

Hace dos años, El Líbano notificó su primer caso de cólera desde 1993, lo que marcó el regreso de la enfermedad después de casi tres décadas. El brote persistió durante varios meses, aunque el país se declaró libre de la enfermedad en junio de 2023, después de registrar 23 muertos y 671 casos confirmados.

Los arrozales, además de ser una fuente de alimento esencial y una importante actividad económica en todo el mundo, son también hábitats ideales para la proliferación masiva de diversas especies de mosquitos, entre ellos, los principales vectores de enfermedades como la fiebre del Nilo Occidental. Estudios realizados en Europa y Estados Unidos han confirmado que la distancia a estos cultivos es un factor de riesgo asociado a la exposición al virus del Nilo Occidental. Una reciente [investigación](#) analizó los métodos de vigilancia y gestión de mosquitos utilizados en las principales zonas de cultivo de arroz en Europa.



La necesidad de gestionar de manera eficaz las poblaciones de mosquitos asociadas a los cultivos de arroz ha cobrado urgencia y especial relevancia en 2024 en España, donde un nuevo brote de fiebre del Nilo Occidental afectó a zonas de Andalucía occidental y Extremadura. Tal como sucedió durante el brote de 2020, los casos iniciales se concentraron en los municipios más cercanos a las zonas de cultivo de arroz y se extendieron con el tiempo a localidades más alejadas. Este aumento en el número de casos ha generado gran preocupación entre las autoridades sanitarias y la población local, con importantes consecuencias no solo para la salud pública, sino también para la economía local.

Todos los países analizados en el estudio cuentan con programas recientes de vigilancia entomológica y virológica, esenciales para la detección temprana y la adaptación de las estrategias de control, según las necesidades de cada región.

Para gestionar las abundantes poblaciones de mosquitos en los arrozales, la mayoría de las regiones han optado por medidas sostenibles, como son el empleo de control biológico mediante *Bacillus thuringiensis israelensis* (Bti), un larvicida que combate los estadios inmaduros de mosquitos sin perjudicar al ambiente. En algunos países, este tratamiento se aplica de manera rutinaria en las producciones arroceras y zonas aledañas entre abril y octubre, mientras que, en otros, donde la enorme extensión de las áreas de cultivo lo impide, se han establecido cordones de protección de 500 metros de ancho, donde se pulveriza este larvicida biológico únicamente alrededor de las zonas urbanas para proteger a la población.

Esta estrategia es habitual en las principales zonas arroceras de Europa, como Grecia, el norte de Italia y el Delta del Ebro en España, y subraya la necesidad urgente de aplicar medidas similares en los arrozales del Bajo Guadalquivir. Debido al historial de circulación del virus del Nilo Occidental en la zona, sería necesario implantar medidas comparables a las que se ejecutan, por ejemplo, en el Delta del Ebro, adaptándolas a condiciones del cultivo del arroz en el Bajo Guadalquivir. Aunque la erradicación de los mosquitos no es posible, estas medidas contribuirían a mitigar significativamente sus densidades poblacionales y por ende reducir el impacto del virus del Nilo Occidental en los humanos.

Los costos de la vigilancia y los tratamientos

Este estudio revisa también el controvertido tema de quién debe asumir los costos de la vigilancia, la gestión y los tratamientos. En Europa, las estrategias varían significativamente entre las regiones productoras de arroz y abarcan desde programas centralizados financiados por el gobierno hasta intervenciones locales apoyadas por entidades públicas y ejecutadas por empresas, ya sean públicas o privadas. Este enfoque diverso refleja las diferentes realidades económicas y organizativas de cada región, lo que plantea desafíos en la coordinación y la equidad en la implementación de estas medidas.

La interrelación entre la productividad agrícola y la salud pública destaca la necesidad de enfoques integrales en el cultivo de arroz y el control de mosquitos. Un enfoque de Una Salud, que incluye a agricultores, operadores de control de vectores, profesionales de salud pública y la comunidad científica, es fundamental para optimizar prácticas agrícolas, aplicar intervenciones sostenibles y desarrollar nuevas estrategias, asegurando tanto la seguridad alimentaria como la salud de la población. Dado el creciente riesgo del virus del Nilo Occidental en la región mediterránea europea y el impacto del cambio climático, la cooperación internacional, la vigilancia continua y la prevención son esenciales, concluyó el estudio.

Hasta mediados de septiembre, en uno de los mayores brotes de salmonelosis jamás registrados en Países Bajos, se habían identificado 171 casos confirmados por laboratorio, incluidos 151 en 2023 y 20 en 2024. De estos, 85 son hombres y 86 son mujeres.

El Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente (RIVM) dijo que, debido a que la mayoría de las personas con salmonelosis no



requieren atención médica, no todas las infecciones se diagnostican o reportan, por lo que se estima que el número de personas enfermas puede ser hasta 20 veces mayor.

Este brote causado por *Salmonella enterica enterica* serovariedad Enteritidis a nivel nacional comenzó en junio de 2023, y el último caso se notificó en julio de 2024, por lo que se cree que puede considerarse terminado.

El pico de contagios se produjo en septiembre de 2023, tras lo cual el número de pacientes disminuyó gradualmente hasta fin de año. Sin embargo, entre mayo y julio de 2024 se identificaron varios pacientes nuevos tras casi tres meses sin casos en este conglomerado.

El origen

La Autoridad de Seguridad de Alimentos y Productos de Consumo de Países Bajos (NVWA) y el Instituto para el Control de los Productos Lácteos y Avícolas (COKZ), investigaron el brote junto con el RIVM.

Mediante la secuenciación del genoma completo se determinó que los enfermos formaban parte de dos conglomerados relacionados genéticamente de manera estrecha, con 117 y 54 pacientes, respectivamente. El rango de edad era de 1 a 98 años.

Un cuestionario confirmó la sospecha de dos conglomerados: uno estaba relacionado principalmente con el consumo de huevos de gallinas criadas en corral, mientras que el otro estaba relacionado con huevos orgánicos.

Los huevos de granjas infectadas con *Salmonella* no pueden venderse para el consumo directo, sino que se suministran a la industria alimentaria, donde se someten a un proceso de calentamiento adicional para eliminar el patógeno.

Según la secuenciación del genoma completo, los aislamientos de *Salmonella* de 14 granjas de ponedoras estaban genéticamente relacionados con el brote, lo que indicaba que había múltiples fuentes. Se produjo un gran avance cuando se descubrió que cuatro aislamientos de *Salmonella* de cáscaras de huevo pertenecían al conglomerado del brote. Las cáscaras de huevo se pueden administrar a las gallinas como fuente de calcio.

Un seguimiento posterior de la cadena de alimentación animal por parte de la NVWA reveló un problema en el procesamiento de las cáscaras de huevo, lo que provocó que no se eliminara

Salmonella. Las cáscaras de huevo contaminadas podrían terminar en el alimento para aves de corral. Los investigadores dijeron que esto podría explicar por qué varias granjas de gallinas ponedoras estaban infectadas con una cepa genéticamente similar.

Tras ser informados de estos hallazgos, las partes interesadas en la cadena de producción de huevos y alimentos para animales tomaron medidas para mejorar la higiene y evitar una mayor contaminación, incluido el endurecimiento del proceso de calentamiento y controles más estrictos sobre la contaminación cruzada.

Menos casos en 2023

Por primera vez desde 2016, en 2023 se registraron menos infecciones alimentarias en los Países Bajos que el año anterior. El número de brotes disminuyó de 1.173 en 2022 a 911 en 2023. El número de enfermos disminuyó de 4.505 a 3.500.

Cuando dos o más personas enferman por el mismo alimento, se lo considera un brote. Desde 2016, el número de notificaciones de brotes y casos de enfermedad aumentó (excepto en el primer año de la pandemia de covid, 2020). En 2023, por primera vez, el número de notificaciones de brotes y enfermedades fue inferior al del año previo.

A menudo se piensa que la salmonelosis está asociada a huevos agrietados o sucios con materia fecal, un problema que se controla mediante procedimientos de limpieza implementados en la industria del huevo. Sin embargo, es evidente que la mayoría de los brotes de salmonelosis relacionados con los huevos se asociaron con huevos de grado A desinfectados y sin agrietar, o alimentos que contenían dichos huevos. Los huevos intactos se contaminan durante la ovulación y, por lo tanto, se contaminan con la bacteria antes de la formación de la cáscara. Para evitar esto, los huevos crudos solo deben usarse como ingrediente si están pasteurizados.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Taiwán (CDC) informaron que en 2024, hasta el 14 de octubre, habían sido diagnosticadas 96 personas con melioidosis, la cifra más alta en el período desde que se registró la enfermedad por primera vez en 2001.

De los casos, 69 mostraron síntomas dentro del mes de la llegada del tifón Gaemi a Taiwán el 25 de julio, y 17 han muerto, dijeron los CDC.

El médico de los CDC Lin Yung-ching, también informó que la semana pasada se diagnosticó el primer caso autóctono de melioidosis, después que el tifón Krathon azotara Taiwán.

Se trata de un hombre de Kaohsiung de unos 60 años con antecedentes médicos de hipertensión crónica. También estuvo expuesto a agua sucia y barro después del desastre, según los CDC.

El hombre presentó fiebre persistente a principios de octubre y fue llevado a urgencias dos días después, con dificultad para respirar y letargo general. Desde entonces ha sido transferido de cuidados intensivos a una sala regular, informaron los CDC.

El subdirector general de los CDC, Lo Yi-chun, dijo que los casos autóctonos de melioidosis son más comunes dentro del mes posterior a un tifón.

Sin embargo, como la situación de las inundaciones después del tifón Krathon no fue tan grave como la del tifón Gaemi, Lo espera que la propagación de la melioidosis sea menos severa.

Los CDC advirtieron que cualquier persona con diabetes, afecciones pulmonares, hepáticas o renales, cáncer o un sistema inmunológico debilitado corre mayor riesgo de sufrir una enfermedad grave. Estas personas deben buscar atención médica inmediata si presentan fiebre, dolor en el pecho o tos, añadieron.

La melioidosis es una infección bacteriana que se transmite a través del contacto con suelo, aire o agua contaminados, con un período de incubación promedio de nueve días, pero el período puede variar desde unas pocas horas hasta 21 días.

Puede presentar una amplia gama de síntomas, pero los más comunes son fiebre, dolores de cabeza, dolor en el pecho, tos, esputo con sangre y ganglios linfáticos inflamados, que pueden provocar quistes, neumonía, encefalitis o sepsis, dijeron los CDC.

La melioidosis es una enfermedad de la temporada de lluvias en sus áreas endémicas. Afecta principalmente a personas que tienen contacto directo con el suelo y el agua. Muchos tienen una condición predisponente subyacente como diabetes (factor de riesgo más común), enfermedad renal, cirrosis, talasemia, dependencia del alcohol, terapia inmunosupresora, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística y consumo excesivo de kava. La kava es un miembro herbáceo de la familia de las pimientas que puede estar asociada con enfermedad hepática crónica.

La enfermedad puede presentarse a cualquier edad, pero alcanza su pico en la cuarta y quinta décadas de la vida, afectando más a los hombres que a las mujeres. Además, aunque la infección fulminante grave puede ocurrir y ocurre en individuos sanos, la enfermedad grave y las muertes son mucho menos comunes en aquellos sin factores de riesgo.

La presentación más comúnmente reconocida de la melioidosis es la neumonía, asociada con fiebre alta, dolores musculares significativos, dolor en el pecho y, aunque la tos puede ser improductiva, secreciones respiratorias que pueden ser purulentas, significativas en cantidad y asociadas con sangre roja brillante intermitente. La infección pulmonar puede ser rápidamente mortal (con bacteriemia y shock) o algo más indolente.

La septicemia aguda por melioidosis es la complicación más grave de la infección. Se presenta como un síndrome de sepsis típico con hipotensión, gasto cardíaco elevado y baja resistencia vascular sistémica. En muchos casos, se puede encontrar un foco primario en los tejidos blandos o el pulmón. El síndrome, generalmente en pacientes con comorbilidades de factores de riesgo, se

asocia característicamente con múltiples abscesos que afectan los tejidos cutáneos, el pulmón, el hígado y el bazo, y una tasa de mortalidad muy alta, de 80%-95%. Con una terapia óptima rápida, la tasa de letalidad puede reducirse a 40%-50%.

El bacilo de la melioidosis es intrínsecamente insensible a muchos antimicrobianos. Cabe señalar que las cepas de bioterrorismo pueden ser diseñadas para ser aún más resistentes. *Burkholderia pseudomallei* suele inhibirse con tetraciclinas, cloranfenicol, trimetoprima-sulfametoxazol, penicilinas antipseudomonas, carbapenémicos, ceftazidima y amoxicilina/clavulanato o ampicilina/sulbactam. La ceftriaxona y la cefotaxima tienen una buena actividad *in vitro* pero una eficacia pobre, y la cefepima tampoco pareció ser equivalente a la ceftazidima en un modelo de ratón. El perfil antimicrobiano inusual de resistencia a la colistina y la polimixina B y a los aminoglucósidos pero la sensibilidad a la amoxicilina/clavulanato es una herramienta útil a tener en cuenta en el tratamiento de la infección con el organismo.

| | | |
|--|--|---|
| <p>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.</p> | <p>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.</p> | <p>Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reportee-epidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.</p> |
|--|--|---|