

<p>CÓRDOBA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se confirmó en agosto un caso importado de dengue por el serotipo DENV-4 <p>ARGENTINA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza <p>AMÉRICA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● América del Norte: México, Canadá y Estados Unidos fortalecen su preparación ante pandemias 	<ul style="list-style-type: none"> ● Estados Unidos: Brote de infecciones por <i>Escherichia coli</i> vinculadas a hamburguesas de McDonald's ● Estados Unidos: Infección por el virus Iquitos en un viajero que regresó de Ecuador ● Perú: Alerta epidemiológica en Cusco por incremento de casos de varicela ● Venezuela: Reportaron un caso de poliovirus tipo 3 derivado de la vacuna <p>EL MUNDO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● China: Brote familiar de psitacosis en Dalian, provincia de Liaoning 	<ul style="list-style-type: none"> ● Côte d'Ivoire: Reportaron 1.287 casos de sarampión ● Filipinas: Continúan aumentando los casos de leptospirosis ● Nigeria: Un brote de cólera registra 14.237 casos y 378 muertes ● Palestina: Los bombardeos israelíes obligaron a posponer la vacunación contra la poliomielitis en el norte de Gaza ● Sudán del Sur: Declaran un brote de sarampión en el condado de Tonj East, estado de Warrap ● Vietnam: Eliminado el tracoma como problema de salud pública
---	---	---

<p>Comité Editorial</p>	<p>Patrocinador</p>
<p>Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021) Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.</p>	 <p>WWW.SADI.ORG.AR</p>
<p>Editor en Jefe ÍLIDE SELENE DE LISA</p>	<p>Editores adjuntos RUTH BRITO ENRIQUE FARÍAS</p>
<p>Editores Asociados ISSN 2796-7050</p> <p>ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // 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</p>	
<p>Adherentes</p> 	

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

El primer caso de dengue por el serotipo DENV-4 en Argentina fue confirmado en Córdoba. Está relacionado con un viajero que regresó de Cuba en agosto. Este serotipo, aunque ha sido reportado en otros países de Latinoamérica, no había sido detectado en Argentina hasta ahora. No figuró en ningún boletín epidemiológico porque, según explicaron desde el Ministerio de Salud provincial, “no tiene circulación viral” y es un caso perfectamente aislado.

“No hay motivos para alarmarse, no hay circulación comunitaria, ni viral”, aclararon las autoridades sanitarias.

“Se trata de un caso que fue importado, de una persona que había viajado a Cuba. Estuvo en un lugar donde habitualmente circula este serotipo, pero no hay circulación de ese virus en la provincia de Córdoba”, afirmó María Eugenia Vittori, directora de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Actualmente, en nuestra provincia existe circulación de los serotipos DENV-1 y DENV-2. Del serotipo DENV-3, aún no hay un contagio masivo.

La infectóloga Graciela Beatriz Sadino dijo que “se trataría de un caso importado, traído por un viajero”, subrayando que este serotipo no está circulando actualmente en el país. Coincidió con lo informado por fuentes del Ministerio.

En la última epidemia de dengue, se reportaron principalmente los serotipos DENV-1 y DENV-2, con una circulación limitada del DENV-3. Este año ya se confirmaron dos casos de dengue autóctono en Córdoba, del serotipo DENV-1.

Desde el punto de vista clínico, Sadino indicó que el serotipo DENV-4 produce síntomas similares a los otros serotipos, pero “no es tan probable que genere formas clínicas graves”, a diferencia del DENV-2, que puede causar dengue grave aún en infecciones iniciales.

En cuanto a la vacuna disponible, la especialista destacó que “cubre bien para los cuatro serotipos” en personas que ya han tenido dengue, aunque su eficacia para los serotipos DENV-3 y DENV-4 en primeras infecciones no está completamente definida debido a la falta de datos.

En cuanto a la inmunidad de rebaño, por contagios anteriores, la infección protege de por vida contra el contagio homólogo, pero solo ofrece unos seis meses de protección contra un serotipo heterólogo. Por caso, si el contagio precedente es por DENV-1, es posible una reinfección con DENV-4 en la temporada siguiente. Aunque se extendió la idea de que este tipo de reinfección provocaría cuadros críticos y hasta la muerte, no hay evidencias suficientes para asegurarlo.

“Todas las personas podemos tener, por cuestiones inmunológicas, hasta tres episodios de dengue. La posibilidad de que después de la primera infección, la segunda genere una forma clínica grave, es de 10% a 15% superior a que si no se hubiera tenido dengue previamente”, explicó Sadino.

Sin embargo, advirtió que “un serotipo nuevo, para el cual nadie tenga anticuerpos, podría generar una epidemia más importante”.

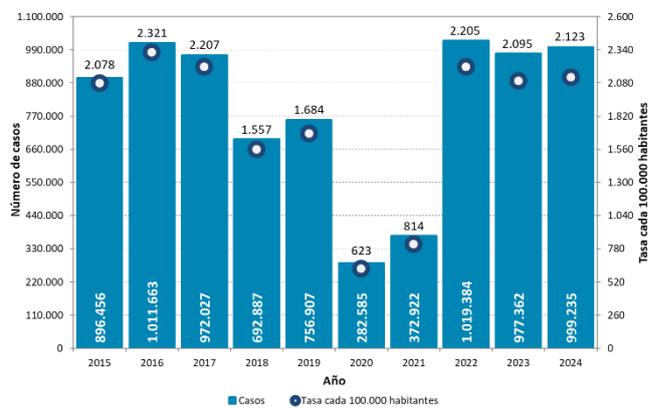
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 40, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 999.235 casos de enfermedad tipo influenza, con una tasa de incidencia acumulada de 2.123,0 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos del periodo 2015/2024, se observa que el mayor número de casos se registró en 2022 (1.019.384 casos), seguido del año 2016 (1.011.633 casos). El número de casos notificados en 2024 es sólo menor a los de aquellos dos años, en el periodo analizado.

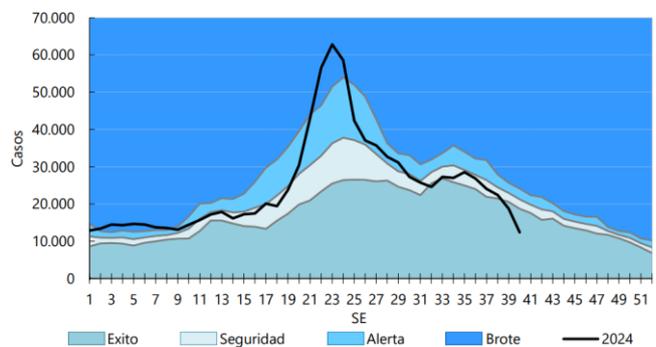
Los casos notificados presentan un ascenso en las primeras SE de 2024, alcanzando niveles de brote entre las SE 2 y 8. Luego descienden, y se ubican en niveles de seguridad, permaneciendo en esta zona y la de alerta hasta la SE 21, con tendencia ascendente desde la SE 10, más pronunciada desde la SE 19. Entre las SE 22 y 24 los registros alcanzan niveles de brote, con un máximo en la SE 23 y una tendencia descendente posterior. Entre las SE 33 y 35 se verifica un ligero ascenso que vuelve a alcanzar la zona de seguridad y luego los casos descienden, permaneciendo en los niveles esperados desde la SE 39.

Vigilancia en UMAs

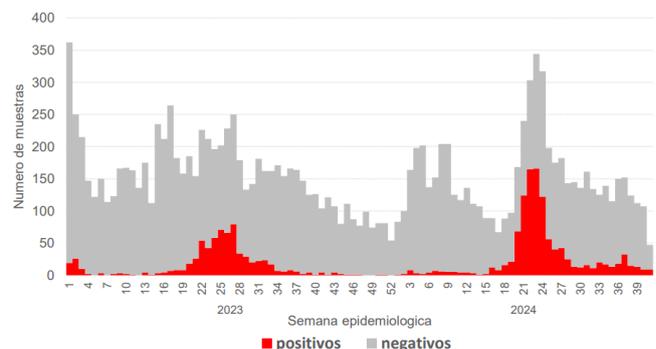
En el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes am-



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 40. 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 años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Muestras positivas y negativas para virus Influenza mediante técnica PCR en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 41 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

bulatorios (UMAs) se analizaron desde el inicio de 2024, mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 6.187 muestras, de las que 1.120 resultaron positivas (positividad de 18,10%). Si bien las muestras estudiadas registran un descenso de 14,33% en 2024 respecto del mismo período de 2023, se verifican 60,00% más detecciones de influenza, lo que evidencia la mayor circulación durante el año en curso en el período analizado. Entre las SE 16 y 23 de 2024 se registró un ascenso en las detecciones de influenza en UMAs, con predominio de influenza A(H3N2). Posteriormente, a partir de la SE 24, se observa una tendencia descendente en el número de casos semanales, con 18 casos confirmados entre las 154 muestras analizadas en las SE 40 y 41 de 2024. Respecto de la influenza B, se verifica un paulatino ascenso de las detecciones en las últimas SE.

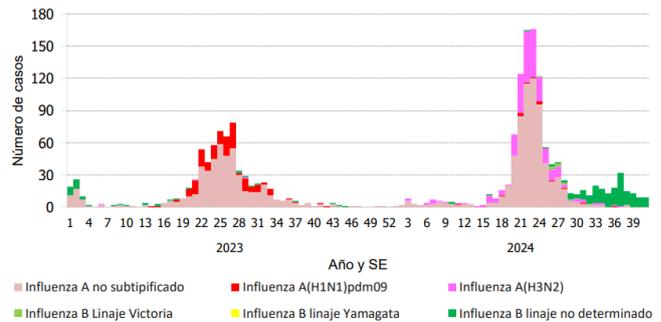
En relación con las muestras positivas para virus Influenza (1.120) en 2024, 939 (83,84%) correspondieron a Influenza A y 181 (16,16%) a Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 267 muestras cuentan con subtipificación, de las que 253 fueron Influenza A(H3N2) y 14 Influenza A(H1N1)pdm09. Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA, 11 fueron identificados como Influenza B Victoria; el resto no cuenta con identificación de linaje.

En lo que va del año 2024, los casos de influenza en UMAs se detectaron en todos los grupos etarios, con el mayor número de muestras positivas en el grupo de 25 a 34 años, seguido por los grupos de 15 a 24 años, 45 a 64 años y 35 a 44 años.

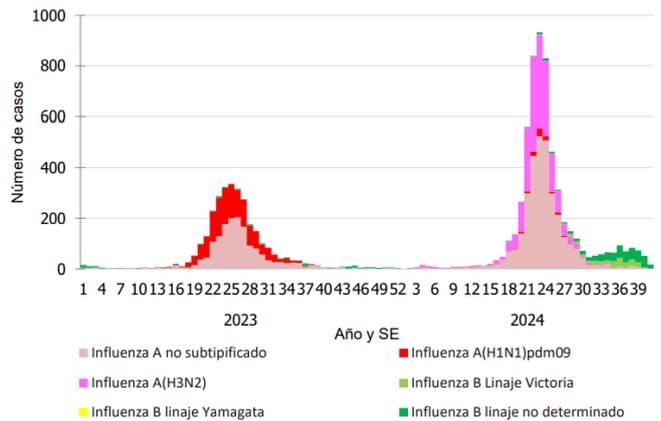
Vigilancia en pacientes hospitalizados

En 2024, hasta la SE 41, se registraron 5.878 detecciones positivas para virus influenza en pacientes internados. Esto representa un ascenso de 95,67% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2023. Entre las SE 16 y 23 se registró un incremento de las detecciones de influenza en hospitalizados, con predominio de influenza A(H3N2), verificándose una tendencia descendente en el número de notificaciones semanales desde la SE 24. En relación a influenza B, a partir de la SE 23, se verifica un paulatino ascenso de las detecciones. En la SE 41 de 2024 se registraron 18 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Entre las 5.878 detecciones de influenza, 5.191 fueron Influenza A y 687 Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 2.051 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 1.934 (94,30%) correspondieron a influenza A (H3N2), y las 117 muestras restantes (5,70%) fueron identificadas como influenza A(H1N1)pdm09. En relación a influenza B, 226 muestras fueron



Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2023 a 41 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes, en casos hospitalizados. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2023 a 41 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

identificadas como Influenza B Victoria, en tanto que las demás muestras permanecen como Influenza B sin linaje.

Con respecto a la distribución por grupos etarios de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, en lo que va de 2024 las detecciones positivas para influenza predominaron en las de 65 años y más, de 45 a 64 años y en el grupo de 5 a 9 años.

En el año 2024, hasta la SE 41, se notificaron 177 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

México, Estados Unidos y Canadá actualizaron la Iniciativa de América del Norte para la Preparación ante Pandemias en Animales y Humanos (NAPAHPI), informó el 23 de octubre la Secretaría de Salud (SSa) mexicana.

La dependencia detalló en un comunicado que esta nueva iniciativa tiene el objetivo de mejorar la coordinación y colaboración entre los tres países en respuesta a las amenazas que representan tanto las enfermedades zoonóticas como otros riesgos para la salud pública.



Este nuevo marco, que reemplaza el Plan de América del Norte para la Influenza Animal y Pandémica de 2012, amplía su enfoque para incluir una gama más amplia de amenazas sanitarias.

“La nueva NAPAHPI se basa en las lecciones aprendidas de la pandemia de covid, las recomendaciones presentadas por los tres países y los compromisos asumidos en la Cumbre de Líderes de América del Norte de 2021 y 2023”, explicó la SSa.

A diferencia de su predecesor, que centraba sus esfuerzos en la influenza, esta nueva iniciativa abarca un espectro más amplio de riesgos para la salud pública y adopta un enfoque de Una Salud, que reconoce la interconexión entre la salud humana, animal y ambiental.

Según informó la SSa, la NAPAHPI tiene como finalidad fortalecer la preparación sanitaria a nivel regional, con acciones concretas en sectores clave como la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico de laboratorio, las cadenas de suministro de insumos médicos y la comunicación de riesgos, entre otras áreas.

Además, se contempla la implementación de medidas preventivas y terapéuticas, el desarrollo de infraestructura crítica y la realización de ejercicios conjuntos para mejorar la capacidad de respuesta ante emergencias.

La NAPAHPI se basa en casi dos décadas de colaboración entre México, Canadá y Estados Unidos, que han trabajado de manera conjunta para responder a crisis sanitarias como las del síndrome respiratorio de Medio Oriente, la enfermedad por el virus del Ébola, la fiebre zika y el desastre nuclear de Fukushima, además de la pandemia de covid.

David Kershenobich Stalnikowitz, secretario de Salud de México, destacó que la iniciativa permitirá a los tres países adoptar nuevas tecnologías y mejores prácticas en la región y sostuvo que el esfuerzo servirá para avanzar en una visión común de vigilancia e identificación temprana de factores de riesgo.

Por su parte, el ministro de Salud de Canadá, Mark Holland, subrayó la importancia de esta colaboración tripartita, señalando que la nueva Iniciativa “demuestra lo que se puede lograr cuando nuestros tres países trabajan juntos con una visión común”.

Sostuvo que, al mismo tiempo, la iniciativa ayudará a minimizar los impactos económicos y sociales.

En la misma línea, Xavier Becerra, secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, afirmó que su país está comprometido con reforzar la seguridad sanitaria y prepararse para futuras amenazas.

“Nuestras naciones no pueden ser fuertes si no están sanas”, enfatizó.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), funcionarios de salud pública y reguladores de varios estados, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos y el Servicio de Inocuidad e Inspección de los Alimentos del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA-FSIS) están recopilando diferentes tipos de datos para investigar un brote multiestatal de infecciones por *Escherichia coli* O157:H7.



Los datos epidemiológicos muestran que las hamburguesas Cuarto de Libra (Quarter Pounder) que se sirven en McDonald's están contaminadas con *E. coli* y están enfermando a las personas. La información preliminar de la FDA indica que las cebollas pueden ser una fuente de este brote. Los investigadores de todas las agencias están trabajando rápidamente para determinar el ingrediente contaminado.

Hasta el 22 de octubre, se han reportado 49 personas infectadas con la cepa de *E. coli* O157:H7 del brote en 10 estados: Colorado (26), Nebraska (9), Utah (4), Wyoming (4), Iowa (1), Kansas (1), Missouri (1), Montana (1), Oregon (1) y Wisconsin (1).

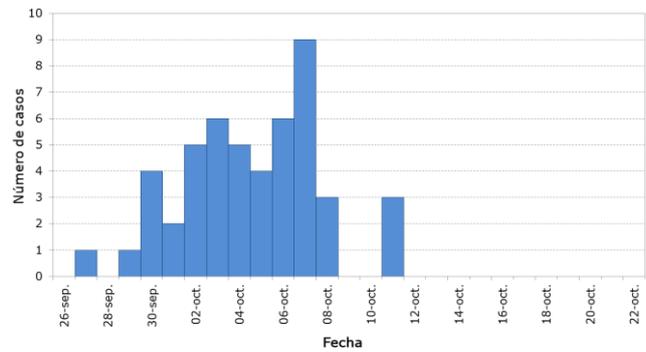
Las enfermedades comenzaron en fechas que van desde el 27 de septiembre hasta el 11 de octubre de 2024. De las 28 personas con información disponible, 10 fueron hospitalizadas y una desarrolló síndrome hemolítico urémico, una afección grave que puede causar insuficiencia renal. Se reportó la muerte de un adulto mayor en Colorado, que no es la misma persona con síndrome urémico hemolítico.

Es probable que la cantidad real de casos en este brote sea mucho mayor que la informada, y es posible que el brote no se limite a los estados donde se conocen casos de la enfermedad. Esto se debe a que muchas personas se recuperan sin atención médica y no se les realizan pruebas para detectar la presencia de *E. coli*. Además, es posible que aún no se hayan informado los casos más recientes, ya que suele llevar de 3 a 4 semanas determinar si una persona enferma forma parte de un brote.

Los funcionarios de salud pública recopilan distintos tipos de información de las personas enfermas, como su edad, raza, etnia, otros datos demográficos y los alimentos que consumieron durante la semana anterior a enfermarse. Esta información proporciona pistas para ayudar a los investigadores a identificar el origen del brote. La información recolectada sobre las personas enfermas en este brote es la siguiente:

- Edad (de 49 casos): media de 26 años; rango de 13 a 88 años.
- Sexo (de 49 casos): 31 hombres (63%) y 18 mujeres (37%).
- Raza (de 29 casos): 27 blancos (93%) y 2 afroamericanos/negros (7%).
- Etnicidad (de 25 casos): 100% no hispanos.

Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a las personas sobre los alimentos que consumieron durante la semana anterior a enfermarse. De 18 personas entrevistadas, todas informaron haber comido en McDonald's, y 16 de ellas informaron haber consumido una hamburguesa de carne de res. De las 14 personas que recuerdan la hamburguesa de carne de res específica que consumieron en McDonald's, 12 (86%) informaron haber comido una hamburguesa Cuarto de Libra. Algunas personas en este brote informaron haber viajado a otros estados antes de que comenzara su enfermedad. Al menos una persona comió en McDonald's durante su viaje.



Casos notificados. Estados Unidos: del 26 de septiembre al 22 de octubre de 2024. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

Los investigadores están trabajando para determinar si las cebollas cortadas en rodajas o las hamburguesas de carne en las hamburguesas Cuarto de Libra son la fuente específica de este brote.

La información preliminar de rastreo y distribución revisada por la FDA muestra que las cebollas cortadas en rodajas servidas en las hamburguesas Cuarto de Libra son una fuente probable de contaminación. La FDA está trabajando rápidamente para confirmar que estas cebollas son la fuente de este brote y para determinar si se sirvieron o vendieron en otros comercios.

El FSIS está realizando un rastreo de las hamburguesas servidas en McDonald's para determinar si la carne molida es la fuente de la enfermedad.

Para proteger a sus clientes mientras se confirma la fuente de la enfermedad, las tiendas McDonald's en Colorado, Kansas, Utah, Wyoming y partes de Idaho, Iowa, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New México y Oklahoma han dejado de utilizar temporalmente cebollas en rodajas y hamburguesas de carne Cuarto de Libra.

Los consumidores que ya hayan comido en McDonald's y presenten síntomas de infección por *E. coli* deben comunicarse con su proveedor de atención médica para informar sus síntomas y recibir atención de inmediato.

Un reciente [trabajo](#) informa del caso de un hombre de 38 años sin antecedentes médicos notables que, a principios de abril de 2024, visitó un sistema de atención médica en Atlanta, Georgia, Estados Unidos, con una enfermedad febril aguda después de regresar de Ecuador. Durante un itinerario de 10 días, visitó la ciudad capital de Quito, la provincia de Esmeraldas en el noroeste y la provincia de Napo en la cuenca del Amazonas, donde notó numerosas picaduras de insectos. El paciente no tomó profilaxis contra la malaria, pero usó constantemente un repelente de insectos que contenía DEET durante el viaje. Tuvo un día de diarrea en su último día en Ecuador; luego, dos días después de regresar a Estados Unidos, presentó fiebre que alcanzó los 38,9°C y escalofríos, sudores, dolor de cabeza y dolor retroocular. Fue revisado en un departamento de emergencias y se le encontró una ligera elevación de la creatinina, pero los resultados del panel metabólico completo y el hemograma completo eran normales. Le dieron el alta y lo derivaron como paciente ambulatorio al Emory TravelWell Center (también en Atlanta) al día siguiente.

Durante esa visita, informó fatiga, dormir de 12 a 14 horas al día y numerosas “picaduras de insectos” en los brazos y los tobillos. El examen reveló que tenía signos vitales normales y una erupción papular difusa en los antebrazos y la parte inferior de las piernas. Se le tomaron muestras de sangre y suero como parte de un estudio de investigación sobre las causas de infección en viajeros que regresan de otros países. En una visita de seguimiento la semana siguiente, informó que la fiebre se había resuelto después de dos días y que el dolor de cabeza y la fatiga se resolvieron en 10 días. La erupción inicialmente evolucionó a placas hiperpigmentadas y luego se resolvió con hidrocortisona tópica y difenhidramina.

Las muestras fueron negativas para los virus Zika, Chikungunya y Dengue en un ensayo desarrollado en laboratorio y negativos para especies de *Leptospira* y *Plasmodium*. Las muestras de suero y sangre completa dieron positivo en una reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) dirigida al segmento pequeño del genoma del virus de Oropouche y bunyavirus relacionados. Se confirmó este hallazgo mediante la reextracción y nueva prueba de una alícuota de sangre completa utilizando una segunda RT-PCR en tiempo real dirigida a una porción diferente del segmento pequeño del genoma.

El análisis filogenético indicó que los segmentos pequeño y grande del viajero que regresó estaban más estrechamente relacionados con una muestra del virus de Oropouche obtenida en Ecuador en 2016, y se agruparon solo basalmente con secuencias de muestras obtenidas de Brasil en 2023. Sin embargo, el análisis filogenético del segmento mediano confirmó que estaba más estrechamente relacionado con el virus Iquitos, cuyas únicas otras secuencias disponibles eran de Perú.

La fiebre en un viajero que regresa puede ser el resultado de una muy amplia variedad de etiologías que pueden ser desconocidas para los proveedores en áreas no endémicas y para las cuales las pruebas de diagnóstico a menudo son limitadas. En este caso, las herramientas de detección sistemática y las soluciones de laboratorio económicas permitieron la detección inicial del virus de Oropouche o un bunyavirus relacionado, lo que tiene implicaciones importantes para el manejo clínico, dado que se han informado meningitis y enfermedad recu-

rrente en la infección por el virus de Oropouche. Sin embargo, una caracterización adicional por secuenciación de próxima generación identificó este virus como virus de Iquitos, un bunyavirus relacionado que también circula en la cuenca del Amazonas y puede haber contribuido a los eventos de reordenamiento que llevaron a la actual diversidad genética del virus de Oropouche en América del Sur. El virus de Iquitos causa una enfermedad clínica similar a la fiebre de Oropouche; sin embargo, la infección por el virus de Oropouche no parece proteger contra una posterior infección por el virus de Iquitos.

Este caso respalda la necesidad de aumentar la vigilancia de los bunyavirus en Ecuador, donde estos virus pueden haber pasado desapercibidos o no haberse reportado lo suficiente debido a diagnósticos limitados, acceso deficiente a la atención médica, inestabilidad sociopolítica o una combinación de esos factores.

El virus de Oropouche es una especie del serogrupo Simbu de bunyavirus (género *Orthobunyavirus*) que incluye las especies de reordenadas del virus de Iquitos y de Madre de Dios. Las especies comparten segmentos genómicos pequeños y grandes comunes, pero difieren en el segmento medio. Las infecciones humanas sintomáticas con los virus generalmente se manifiestan con signos y síntomas inespecíficos –como fiebre, dolor de cabeza, mialgias y artralgias– que no se pueden diferenciar clínicamente de otras enfermedades febriles tropicales comunes como el dengue, la malaria y la leptospirosis.

En 2024, un gran brote de fiebre de Oropouche afectó a los países de la cuenca del río Amazonas, con casos en Brasil, Perú, Colombia y Bolivia. Sin embargo, a pesar de la detección previa de transmisión del virus de Oropouche en Ecuador en 2016-2017, Ecuador no ha notificado casos a la Organización Panamericana de la Salud en 2024.

El virus de Iquitos, se aisló por primera vez en 1999 de un paciente febril en Iquitos, una ciudad amazónica de Perú. Posteriormente, el virus fue identificado como la causa de los brotes de fiebre de Oropouche durante 2005 y 2006 en Iquitos. Además de la identificación de 17 aislamientos del virus de Iquitos entre 1999 y 2006, las encuestas de anticuerpos neutralizantes entre los residentes de Iquitos revelaron tasas de prevalencia de 14,9% para el virus de Oropouche y de 15,4% para el virus de Iquitos. Estudios limitados indican que la infección previa con el virus de Oropouche no parece proteger contra la enfermedad causada por la infección del virus de Iquitos. La identificación de este nuevo *Orthobunyavirus* patógeno humano, en la región amazónica de Perú destaca la necesidad de fortalecer las actividades de vigilancia y las capacidades de laboratorio, y de investigar la aparición de nuevos patógenos en las regiones tropicales de América del Sur.



El Gobierno Regional de Cusco, mediante la Gerencia Regional de Salud (GERESA), ante el incremento de casos de varicela en la región, dispuso reforzar la vigilancia y el control de esta enfermedad que ocasiona serías complicaciones a la salud, principalmente en los niños.

A nivel nacional, se han notificado 2.896 casos, en su mayoría entre la población más joven, especialmente de hasta 9 años de edad.

A nivel de la región Cusco, en el presente año, se han presentado brotes de varicela en los distritos de Sicuani (Canchis), Pichari (La Convención) y Cusco, los que ya fueron controlados.

Al respecto, el titular de la Gerencia Regional de Salud, Ernesto Choquehuayta Morales, mostró su preocupación debido a los brotes identificados en colegios. “Desde la semana epidemiológica 38, los reportes dan cuenta de casos en diversas instituciones educativas, con tasas de ataque preocupantes”, puntualizó.

Precisó que este aumento se atribuye en gran medida a la baja tasa de vacunación contra esta enfermedad en la provincia cusqueña, así como La Convención, Canas y Espinar.

Choquehuayta Morales hizo un llamado a los padres de familia para que reconsideren su postura frente a la vacunación, dado que es una herramienta clave en la prevención de enfermedades como la varicela. Reiteró su compromiso de trabajar en campañas de concientización y vacunación para mejorar la cobertura en la región y proteger a la población más vulnerable.

La vacuna contra la varicela es segura para prevenir la enfermedad y otros problemas de salud que se pueden presentar junto con ella.



En Venezuela, el sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda (PFA) del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) notificó un caso en mayo de 2024, en un niño que había recibido tres dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV), después de recibir una dosis de la vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV). Se aisló el poliovirus tipo 3 derivado de la vacuna (VDPV3) a través de secuenciación genómica; el laboratorio de referencia nacional, el Instituto Nacional de Higiene 'José Rafael Rangel Estrada', ubicado en Caracas, confirmó que se trata de un poliovirus derivado de la vacuna sin mutaciones.

Venezuela es miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuenta con un comité nacional de certificación (NCC) de erradicación de la poliomielitis que evalúa, verifica y presenta la documentación nacional requerida por el comité regional de certificación (RCC) de erradicación de la poliomielitis.

El Boletín Epidemiológico de Venezuela, un instrumento importante de vigilancia epidemiológica basada en indicadores, no se publica desde 2016. Todo caso de PFA es de denuncia obligatoria a nivel local, regional y global, ya que la sospecha clínica permite fortalecer la vigilancia epidemiológica y el control de brotes.

El origen del poliovirus derivado de la vacuna

La vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) proporciona protección de por vida contra la enfermedad; contiene una forma debilitada del poliovirus que ayuda a los niños a desarrollar inmunidad contra la poliomielitis. En raros casos, en poblaciones con baja cobertura de vacunación, los niños no inmunizados o con esquemas de vacunación incompletos pueden correr riesgo de contraer un poliovirus derivado de la vacuna (VDPV). Se ha reportado un caso de PFA post vacunal cada 2,4 millones de dosis aplicadas de OPV, siendo de un caso cada 1,4 a 3,0 millones para la primera dosis, y un caso cada 5,1 millones en las dosis subsecuentes. En personas con algún tipo de inmunodeficiencia, el riesgo aumenta entre 3.200 y 6.800 veces en comparación con personas sin deficiencias inmunitarias.

Sin embargo, las bajas tasas de vacunación son motivo de preocupación mundial, ya que existen numerosas poblaciones que corren un mayor riesgo de contraer algún poliovirus debido a conflictos, inseguridad o debilitamiento de las infraestructuras sanitarias, elementos que dan lugar a bajas tasas de inmunización.

En poblaciones con bajas tasas de vacunación y deficientes condiciones sanitarias, el virus vivo atenuado que contiene la OPV puede circular durante largos periodos. Con el tiempo, el virus puede mutar y convertirse en una variante que puede causar PFA. En algunos casos, el virus sigue propagándose de persona a persona o a través de la transmisión comunitaria, convirtiéndose en un poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV).

Qué se debe hacer

Venezuela debe garantizar una cobertura de vacunación superior a 95% en todo el territorio nacional, para prevenir la propagación del virus. Teniendo en cuenta que es la mejor manera

de mantener al país libre de poliomielitis y prevenir la introducción del WPV al país. Para 2023, la cobertura de vacunación contra la poliomielitis en Venezuela fue de 61%, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Venezuela debe fortalecer y garantizar el Plan de Acción Mundial 2022-2024, publicado por la OPS en 2022, que persigue seis objetivos mutuamente complementarios:

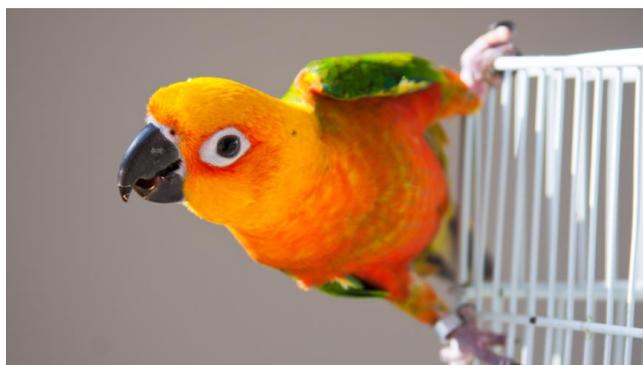
1. Mejorar y mantener la sensibilidad y la puntualidad de la vigilancia de la PFA.
2. Optimizar la red de vigilancia ambiental para contribuir a la pronta detección de los poliovirus.
3. Instaurar la vigilancia de los poliovirus derivados de la vacuna asociados a inmunodeficiencia (iVDPV) para mantener la erradicación de la poliomielitis.
4. Mantener y fortalecer la capacidad y los medios de la Red Mundial de Laboratorios de Poliomielitis.
5. Aumentar la eficiencia en la recopilación, gestión y utilización de datos para la acción.
6. Promover la gestión de la vigilancia y la rendición de cuentas.

La poliomielitis es una enfermedad viral altamente contagiosa causada por el poliovirus. Está en vías de convertirse en la segunda enfermedad humana próxima a erradicarse, con una reducción de 99% en los casos desde 1998. De los tres tipos del poliovirus salvaje (WPV), sólo el tipo 1 sigue en circulación. El último caso de poliomielitis por WPV en la región de las Américas se registró en 1991.

El esfuerzo mundial para erradicar el WPV ha ingresado en una fase crítica. En países libres del WPV, en tres regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han detectado poliovirus circulantes derivados de la vacuna (cVDPV) en comunidades con vacunación insuficiente.

Existen dos tipos de vacunas antipoliomielíticas: la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV) y la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV). Protegen al niño de por vida; sin embargo, las bajas coberturas de vacunación provocan que la inmunidad de la población sea débil e incapaz de detener la transmisión, lo que crea un riesgo de propagación internacional, así como de poliovirus derivados de la vacuna (VDPV). Desde el año 2017, se han registrado a nivel global más casos de parálisis flácida aguda por VDPV que por WPV.

El Centro Clínico de Salud Pública de Dalian, provincia de Liaoning, admitió recientemente una paciente con cirrosis por hepatitis C y cáncer de hígado. La paciente presentó fiebre alta que persistió durante cinco días consecutivos durante la hospitalización, alcanzando una temperatura corporal máxima de 40°C. Se desconocía la causa, siendo posteriormente trasladada a la unidad de cuidados intensivos por una disnea.



Las pruebas de infección por SARS-CoV-2 y por los virus de la influenza A y B de la paciente fueron negativas. Una tomografía computarizada de tórax mostró una inflamación extensa de ambos pulmones acompañada de derrame pleural.

Además, la hija de la paciente también fue tratada en otro hospital por neumonía desde hace 10 días y aún no ha sido dada de alta.

Más tarde, el médico se comunicó con la hija de la paciente y se enteró de que su madre tenía un par de loros en su casa. Una de estas aves murió repentinamente no hace mucho tiempo y la familia se deshizo del cuerpo apresuradamente, sin realizar una desinfección completa.

Luego, el médico realizó una broncoscopia a la paciente y recogió líquido de lavado alveolar para la prueba de secuenciación de alto rendimiento, que finalmente confirmó que se trataba de una infección por *Chlamydia psittaci*.

La psitacosis es una enfermedad infecciosa causada por *C. psittaci*, que ha aumentado gradualmente en los últimos años. La enfermedad se descubrió por primera vez entre personas que criaban loros, de ahí su nombre. Pero, de hecho, además de los loros, una variedad de aves como patos y pavos pueden estar infectadas con este patógeno, por lo que también se le denomina ornitosis.

La psitacosis se propaga a través de muchas vías. Puede infectar a los humanos en forma de aire o aerosol a través del tracto respiratorio, y también puede infectar la piel, las membranas mucosas y el tracto digestivo humanos a través de las excretas.

Los dueños de aves como mascotas, los veterinarios, las tiendas de mascotas o los trabajadores dedicados a la cría, venta y procesamiento de aves de corral son grupos de alto riesgo de

contraer esta enfermedad. Después de la infección, el período de incubación suele ser de 7 a 15 días, pero puede durar tan solo 3 días y hasta 45 días.

Según los informes, la principal manifestación de esta enfermedad infecciosa es la neumonía, que suele ir acompañada de fiebre alta y la temperatura corporal puede alcanzar los 39 a 40°C. Los síntomas respiratorios son más comunes entre el tercer y sexto día de su aparición, con tos seca como manifestación principal. La incidencia de neumonía llega a 85-90%. Algunos pacientes graves pueden desarrollar rápidamente neumonía grave, endocarditis, encefalitis, etc., que ponen en peligro su vida.

La transmisión de persona a persona de esta infección es bastante poco común, pero se informó en Tayside, Escocia, y se confirmó mediante una prueba de reacción en cadena de la polimerasa. La transmisión ya se había postulado previamente, pero se confirmó en este conglomerado escocés.

La psitacosis, también conocida como ornitosis, es una enfermedad humana causada por la bacteria *Chlamydia psittaci* (o *Chlamydophila psittaci*). Clásicamente asociada a las aves psitácidas como los periquitos, los loros y las cacatúas, puede afectar a otras especies de aves como pavos, patos, palomas y faisanes. La infección humana en general es causada por la inhalación de polvo que contiene la bacteria, que se elimina en grandes cantidades en las heces y secreciones de las aves infectadas. Las aves decorativas importadas ilegalmente que no han sido examinadas y/o tratadas pueden ser una fuente importante del patógeno.

La infección respiratoria, generalmente diagnosticada serológicamente, puede ser mortal si no se trata. Aunque la mayoría de los casos diagnosticados tienen exposición directa a las aves, la infección puede adquirirse indirectamente a través de la aerosolización de material infeccioso en el césped o el suelo, como al cortar el césped. Debido a estos brotes, se recomienda el uso de equipos de protección para las personas que se encuentren en zonas frecuentadas por aves en libertad, si es probable que entren en contacto con las aves y sus excrementos al realizar actividades al aire libre, como cortar el césped. Las personas expuestas a la psitacosis en su trabajo incluyen a los trabajadores de tiendas de mascotas, avicultores, trabajadores de procesamiento de aves de corral y veterinarios.

Históricamente, una enfermedad similar a la psitacosis, llamada neumatofus, se describió por primera vez en Alemania en 1879. Se produjo un brote de neumonía en personas que habían estado en contacto con un envío reciente de aves exóticas enfermas. Se informó de varios brotes posteriores en Europa, siendo el más importante el que se produjo en París a principios de la década de 1890. Fue a partir de esta epizootia que la enfermedad adquirió su nombre cuando Morange acuñó el término psitacosis, en 1895. El brote parisino tuvo una mortalidad de 33% y dio lugar a los primeros esfuerzos informados para determinar la causa de la psitacosis. Se sugirió que la etiología era una bacteria gramnegativa móvil, cultivada a partir de las alas secas de los loros que murieron durante un envío transatlántico. Se llamó al organismo *Bacillus* o *Salmonella psittacosis*, pero otros intentos de cultivar el organismo a partir de personas y aves resultaron infructuosos. Trabajos posteriores identificaron que esa bacteria era en realidad *Salmonella Typhimurium*. Durante la década de 1920, se desconocía la causa de la psitacosis, pero todavía se especulaba que era causada por una bacteria. El único factor constante en esta enfermedad era el contacto de los pacientes con loros.



El Ministerio de Salud, Higiene Pública y Cobertura Sanitaria Universal informó 1.287 casos confirmados de sarampión en 2024, hasta el 14 de octubre.

El subjefe de gabinete, profesor Soro Gona Kountélé, precisó que en el último brote se registraron 64 casos, de los cuales 10 siguen activos.

Gona Kountélé reveló que casi 77% de los casos confirmados afectan a niños de 1 a 9 años, y alrededor de 87% de estos niños no están vacunados o se desconoce su estado de vacunación.



Ante esta situación, subrayó la importancia de la campaña de vacunación contra el sarampión y la rubéola que se desarrollará del 18 al 24 de octubre y que tiene como objetivo vacunar a más de 6,8 millones de niños de 9 a 59 meses en todo el país.

“Animo a todos los padres y cuidadores a que vacunen a sus hijos contra el sarampión y la rubéola. La vacunación es un acto preventivo que salva vidas. Es al mismo tiempo un derecho de los niños y una responsabilidad de los padres”, dijo, agradeciendo a los socios técnicos y financieros por su apoyo en esta campaña de salud pública.

También aseguró que la vacuna contra el sarampión y la rubéola es “segura, eficaz y gratuita”, afirmando que es posible, a través de la movilización colectiva, eliminar esta enfermedad y garantizar un futuro más saludable para los niños.

Se desplegarán más de 30.000 vacunadores en ciudades, barrios, aldeas, campamentos y aldeas para llegar a los niños y vacunarlos.

Gona Kountélé también recordó que el número de casos de sarampión en Côte d'Ivoire pasó de 1.974 en 2021 a 1.361 en 2023, con una reducción de los brotes epidémicos de 75 en 2021-2022 a 42 en 2023.

El presente artículo destaca el importante desafío para la salud pública que plantea el brote de sarampión en Côte d'Ivoire, con más de 1.200 casos confirmados y una notable concentración entre los niños no vacunados. Esta situación subraya la importancia de las campañas de vacunación para la prevención de este tipo de enfermedades. En su respuesta, las autoridades sanitarias pusieron el énfasis en una campaña de vacunación a nivel nacional que tiene como objetivo inmunizar a 6,8 millones de niños. La campaña se presenta como una iniciativa para salvar vidas, y el gobierno y las autoridades sanitarias destacan la seguridad y eficacia de las vacunas contra el sarampión y la rubéola.

El Departamento de Salud de Filipinas informó el 18 de octubre un total de 5.835 casos de leptospirosis en el año en curso, hasta el 5 de octubre, lo que refleja un aumento de 15,5% respecto de los 5.050 casos registrados durante el mismo período del año pasado.

Los casos de leptospirosis aumentaron más del doble del 8 al 21 de septiembre, con 774 nuevas infecciones registradas durante este período, en comparación con 381 casos en las dos semanas anteriores, del 25 de agosto al 7 de septiembre.



La tasa de letalidad se sitúa en 8,72%, con 509 muertes notificadas. Esta cifra es un 10,7% inferior a las 570 muertes registradas durante el mismo periodo de 2023.

De las 18 regiones de Filipinas, 14 registraron un aumento de casos de leptospirosis en las tres o cuatro semanas previas al 5 de octubre. Las cuatro regiones que no experimentaron aumentos fueron la Región VII (Gitnang Kabisayaan), la Región X (Hilagang Mindanao), la Región XII (SOCCSKSARGEN) y la Región XIII (Caraga).

El Departamento de Salud recomendó a la población evitar nadar en aguas contaminadas o de inundación para prevenir la infección por leptospirosis.

“Mientras se esperan más lluvias, siempre debemos tener en cuenta qué hacer, especialmente si hay inundaciones. Deben evitarse las inundaciones tanto como sea posible”, dijo el secretario de Salud, Teodoro Javier Herbosa.

Si es inevitable nadar en aguas de inundación, Herbosa enfatizó la importancia de procurar una consulta médica inmediata.

Otras medidas preventivas incluyen el uso de calzado cerrado y protector como guantes, la eliminación adecuada de la basura y el lavado de manos.

“Es mejor estar sano después de una visita al centro de salud que ser ingresado más tarde para diálisis en un hospital a causa de la leptospirosis”, dijo Herbosa.

Un estudio de 2023 enfatizaba la importancia de la investigación, el monitoreo y la preparación continuos para abordar las epidemias de leptospirosis en Filipinas. Se prevé que el cambio climático y las variables socioeconómicas tengan un impacto en la dinámica de las mismas. Para mitigar los efectos de esta enfermedad tropical desatendida y proteger la salud pública, es crucial que las autoridades sanitarias, los investigadores y las comunidades en Filipinas realicen esfuerzos de cooperación para combatir la leptospirosis y otras enfermedades zoonóticas en el país.

El Centro de Control de Enfermedades de Nigeria (NCDC) reveló cifras alarmantes del actual brote de cólera, con 14.237 casos notificados y 378 muertes, en 35 estados y el Territorio de la Capital Federal (FCT).

El Director General de la agencia, Jide Idris, señaló que “se han perdido 378 vidas a causa del cólera, lo que da como resultado una tasa de letalidad de 2,7%. La mayor carga de este brote afecta desproporcionadamente a los más vulnerables: los niños menores de cinco años”.

“Las inundaciones en los estados del norte, como Borno, Adamawa, Jigawa, Yobe y Kano, han exacerbado la propagación del cólera, convirtiendo a estos estados en los actuales epicentros del brote”, agregó.

Según Idris, el NCDC ha intensificado las actividades de respuesta para combatir la propagación de enfermedades infecciosas en todo el país.

En respuesta al brote de cólera, reveló que la agencia ha desplegado equipos de respuesta rápida en los estados afectados, proporcionando suministros críticos como medicamentos, tabletas purificadoras de agua y herramientas de diagnóstico.

Agregó que también han apoyado la vacunación reactiva contra el cólera en los campamentos de desplazados internos y han realizado visitas de promoción de alto nivel para interactuar con los líderes de salud estatales y apoyar a las comunidades.

Idris aconsejó a la población tomar precauciones contra las enfermedades infecciosas, señalando que, para prevenir su propagación, la agencia recomienda practicar una buena higiene, incluido el lavado regular de manos con agua y jabón.

Al adherirse a estas pautas y tomar medidas proactivas, el NCDC dijo que los nigerianos pueden proteger su salud y prevenir la propagación de enfermedades infecciosas.

El brote de cólera en curso se ha visto exacerbado por las enormes inundaciones en los estados de Borno, Adamawa, Jigawa, Yobe y Kano. La contaminación de los alimentos y el agua es la principal causa de los brotes de cólera en Nigeria. Las inundaciones suelen provocar la contaminación de las fuentes de agua con aguas residuales, junto con un suministro deficiente de agua potable y una higiene alimentaria deficiente debido al desplazamiento de las personas; todo ello crea una combinación favorable para la propagación del cólera y otras enfermedades transmitidas por el agua. Es necesario mejorar la respuesta, no sólo en el suministro de vacunas, sino también en el suministro de agua potable, alimentos seguros y saneamiento básico adecuado, que son fundamentales para reducir la morbilidad y la mortalidad debidas al cólera.



Las agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU) debieron posponer la vacunación contra la poliomielitis, en el norte de Gaza, donde Israel bombardea sin cesar desde hace más de dos semanas y obliga constantemente a la población a desplazarse.

Esta fase final de la campaña pretendía vacunar a 119.279 niños en todo el norte de Gaza, que ahora no recibirán la segunda dosis de la inmunización, poniendo en grave peligro los esfuerzos por detener la transmisión del poliovirus en Gaza.



Desde la puesta en marcha de la segunda fase de la campaña contra la poliomielitis en Gaza, el 14 de octubre de 2024, se ha vacunado con éxito a 442.855 niños menores de diez años en el centro y el sur de la Franja de Gaza, el 94% del objetivo en estas zonas.

Las condiciones actuales, incluidos los continuos ataques israelíes a las infraestructuras civiles, hace imposible que las familias en el norte lleven a sus hijos a vacunar de forma segura y que los sanitarios puedan trabajar.

Para interrumpir la transmisión del poliovirus, se debe vacunar al menos a 90% de todos los niños de cada comunidad y barrio, un requisito previo para que una campaña eficaz interrumpa el brote y evite su propagación. Un retraso en la administración de una segunda dosis reduce la eficacia de la vacunación.

Las agencias señalaron que “es crucial” que se respeten las pausas humanitarias que garantizan el acceso seguro a dondequiera que se encuentren los niños.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia instaron a todas las partes a que garanticen la protección de los civiles, los trabajadores sanitarios y las infraestructuras civiles, como escuelas, refugios y hospitales, y renovaron su llamamiento a un alto el fuego inmediato.

Sufrimiento extremo en el norte

La Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) aseguró que los civiles en el norte de Gaza están soportando un “sufrimiento extremo”, por el “asedio israelí” que está provocando “terribles niveles de muerte, lesiones y destrucción”.

“Hay civiles atrapados bajo los escombros. Los enfermos y heridos no pueden ser atendidos. Las familias no tienen alimentos. Sus casas han sido destruidas. No tienen refugio. Y ningún lugar es seguro”, dijo el portavoz del Secretario General, Farhan Haq, recordando “que el derecho internacional humanitario exige que los civiles dispongan de lo esencial para sobrevivir”.

El recrudecimiento de la ofensiva en el norte de la Franja ha causado ya más 700 muertes, miles de heridos atrapados y decenas de miles de desplazados.

Las autoridades israelíes siguen denegando las peticiones de la OCHA para rescatar a los civiles que se encuentran bajo los escombros. La OCHA sigue esperando luz verde para ayudar a decenas de personas en la zona de Faluya, en Jabalia.



Entre el 1 y el 21 de octubre, las autoridades israelíes sólo facilitaron el 6% (cuatro de 70) de las misiones que pretendían proporcionar asistencia humanitaria en el norte de Gaza a través del puesto de control de Al Rashid.

Esto incluye entregas de suministros vitales como sangre, medicamentos esenciales, paquetes de alimentos y combustible para hospitales e instalaciones de agua.

El director del Hospital 'Kamal Adwan', uno de los últimos en funcionamiento del norte de Gaza, informó el 21 de octubre que se han quedado sin unidades de sangre, y los equipos médicos han estado trabajando sin parar y sin alimentos.

El director del Hospital 'Kamal Adwan', uno de los últimos en funcionamiento del norte de Gaza, informó el 21 de octubre que se han quedado sin unidades de sangre, y los equipos médicos han estado trabajando sin parar y sin alimentos.

La OMS anunció el 22 de octubre el traslado de 14 pacientes críticos del Hospital 'Kamal Adwan' al Hospital 'Al-Shifa'. El equipo debió pasar la noche en el Hospital 'Kamal Adwan' con intensos bombardeos en las inmediaciones. Israel denegó la entrega de suministros médicos, sangre y combustible al hospital.

Dos estaciones de suministro de agua en el norte de Gaza han dejado de funcionar debido a la falta de combustible. La suspensión del servicio está afectando a amplias zonas, incluidos los barrios de Al-Daraj, Al-Tuffah, Al-Zarga y Sheikh Radwan. A principios de esta semana, las autoridades israelíes denegaron una solicitud de suministro de 23.000 litros de combustible a la gobernación del norte de Gaza.



Las autoridades sanitarias del estado de Warrap informaron el 21 de octubre que han declarado un brote de sarampión en el condado de Tonj East.

El ministro de Salud y el ministro de Información del estado de Warrap confirmaron que la declaración se produjo después de que cinco muestras enviadas a Juba para pruebas de laboratorio dieran positivo la semana pasada.



Según Solomon Bol Mabior, ministro de Salud del estado “hay un brote de sarampión en Tonj East, donde se confirmaron 88 casos. Hubo un primer caso de sarampión y enviamos cinco muestras a Juba, donde se analizaron y se encontró que eran positivas. Ya tenemos vacunas y las acciones están en curso y también notificamos a nuestros socios para que ayuden a controlar la situación”.

Bol Mabior señaló que su ministerio ha enviado un equipo para recopilar más información sobre el asunto e instó al Ministerio de Salud nacional a intervenir. “Ya avisamos a todos nuestros socios, más el Ministerio de Salud nacional para que nos ayuden con esta crisis que enfrentamos ahora”, dijo.

El ministro instó a la población a aislar a los ya infectados para ayudar a controlar la propagación del brote.

Por su parte, el ministro de Información del Estado, William Wol Mayom, también confirmó el brote. “El ministro de Salud del estado también ordenó al Departamento de Salud del condado que llevara a cabo vacunaciones contra el sarampión en todo el condado y pronto el gobierno estatal también lanzará campañas de vacunación contra el sarampión en todo el estado”.

En muchos países del África subsahariana se han registrado brotes de sarampión. El virus del sarampión es uno de los más potentes que existen y se sabe que la exposición a una persona no vacunada, especialmente a un niño, puede provocar la infección. La falta o la escasa cobertura de vacunación, además de las malas condiciones de vida, favorecen la transmisión del virus. Se llevan a cabo campañas de vacunación para responder a los brotes de sarampión y controlarlos. No es la primera vez que se notifica un brote de sarampión en el estado de Warrap, Sudán del Sur.

En un hito sanitario importante, Vietnam logró eliminar el tracoma. Este notable logro fue validado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se entregó una placa a la Viceministra de Salud de Vietnam, la Profesora Asociada Nguyễn Thị Liên Hương, durante la 75ª sesión del Comité Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, que se inauguró el 21 de octubre en Manila, capital de Filipinas.

Décadas de esfuerzos concertados

Durante los últimos 70 años, Vietnam trabajó incansablemente para combatir el tracoma, tratando a cientos de miles de personas e implementando rigurosas medidas de control. Estos esfuerzos se vieron reforzados significativamente con la implementación de la estrategia SAFE de la OMS.

Encuestas anteriores indicaban que el tracoma era un problema de salud pública en cuatro provincias de Vietnam. Hace treinta años, 1,7% de las personas que vivían en esas provincias de alto riesgo necesitaban cirugía para prevenir la ceguera a causa del tracoma. Sin embargo, en 2023 la proporción de adultos con la forma que causa ceguera de la enfermedad había caído por debajo de 0,2%, que es el umbral necesario para que la OMS validara la eliminación del tracoma como problema de salud pública. La vigilancia continua y la aplicación específica de la estrategia SAFE en el país, a partir de 1999, han sido fundamentales para esta disminución.

La eliminación del tracoma en Vietnam fue posible gracias a la colaboración entre varios organismos gubernamentales, entre ellos el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y Capacitación y el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, con el apoyo de la OMS y de socios internacionales en materia de salud, entre ellos el Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio de Australia, la Fundación Fred Hollows, la Iniciativa Internacional sobre el Tracoma (ITI), RTI International, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Vietnam fue uno de los primeros países que recibió azitromicina donada por Pfizer para la eliminación del tracoma a través de la ITI, una donación fundamental para el progreso mundial en la lucha contra el tracoma.

“La eliminación del tracoma como problema de salud pública en Vietnam es un logro monumental para el país y para la lucha mundial contra la enfermedad”, afirmó el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Este hito es un testimonio de la dedicación inquebrantable de los trabajadores de la salud de Vietnam, incluidos muchos que trabajan a nivel comunitario. Subraya el poder de la acción colectiva, el pensamiento innovador y un compromiso compartido con un futuro más saludable para todos. Felicito a Vietnam por su dedicación y éxito en la salvaguarda de la visión de millones de personas”.

“La eliminación del tracoma en Vietnam demuestra el compromiso del Gobierno, los trabajadores de la salud y las comunidades de todo el país”, dijo la Dra. Saia Ma'u Piukala, Directora Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, al elogiar el logro. “Es un claro ejemplo de cómo las intervenciones específicas, las alianzas sólidas y el esfuerzo sostenido pueden generar cambios reales en la salud de las poblaciones”.

Un futuro sin tracoma

La Dra. Angela Pratt, representante de la OMS en Vietnam, describió el tracoma como una enfermedad de la pobreza. “Las comunidades de zonas remotas sin acceso adecuado a agua potable y saneamiento fueron las más afectadas. Pero Vietnam demostró que es posible llegar a las poblaciones más difíciles de alcanzar, hacer las inversiones adecuadas para proteger la salud de las personas y garantizar un futuro sin tracoma”.

Al reflexionar sobre este logro histórico, Nguyễn Thị Liên Hương dijo que la eliminación del tracoma era un momento de orgullo para Vietnam. “Los esfuerzos combinados de muchos organismos y comunidades, con el apoyo de la OMS y las organizaciones asociadas, han salvado a miles de personas de la ceguera permanente y de la desventaja económica. Nuestros niños ahora pueden crecer a salvo de esta enfermedad dolorosa y potencialmente cegadora. Este es un logro maravilloso para nuestro pueblo, que rendirá frutos durante décadas. En este momento feliz, en nombre del pueblo vietnamita, quiero expresar nuestro sincero agradecimiento a todos los socios internacionales que contribuyeron con gran apoyo a la eliminación del tracoma en Vietnam”.

En 2018, Vietnam eliminó la filariasis linfática. El país también ha logrado enormes avances en la lucha contra la malaria, que actualmente solo se encuentra en algunas zonas y está cerca de ser eliminada.

El éxito de Vietnam forma parte de un progreso más amplio en materia de prevención de enfermedades en la Región del Pacífico Occidental de la OMS. Desde el lanzamiento de la primera hoja de ruta de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades tropicales desatendidas en 2012, la Región ha logrado avances significativos en la eliminación del tracoma. Entre 2016 y 2022, cuatro de los 11 países de la Región donde el tracoma es endémico fueron validados para la eliminación de esta enfermedad. Vietnam se convierte en el quinto, sumándose a Camboya, China, Laos y Vanuatu, en registrar este logro, lo que pone de relieve la importancia de los esfuerzos sostenidos para abordar las enfermedades tropicales desatendidas.

La OMS sigue apoyando a los países de la Región para eliminar el tracoma y otras enfermedades tropicales desatendidas como parte del esfuerzo mundial por mejorar la salud y el bienestar de todos.

El tracoma es la principal causa infecciosa de ceguera en el mundo. Es una enfermedad ocular prevenible causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Se transmite por las moscas y las personas también pueden infectarse a través del contacto directo con las secreciones de los ojos o la nariz de una persona infectada. Con infecciones repetidas, las pestañas pueden retraerse de tal manera que rozan la superficie del ojo, lo que causa dolor y daña la córnea. Algunas personas afectadas deben someterse a una cirugía para prevenir la ceguera causada por la enfermedad.

La estrategia SAFE consiste en: cirugía (*Surgery*) para tratar la etapa de ceguera (triquiasis tracomatosa); antibióticos (*Antibiotics*) para eliminar la infección, en particular la administración masiva de azitromicina, donada por el fabricante, Pfizer, a programas de eliminación, a través de la Iniciativa Internacional contra el Tracoma; Limpieza facial (*Facial cleanliness*); y mejora del ambiente (*Environmental improvement*), en particular mejorando el acceso al agua y al saneamiento.

La Región del Pacífico Occidental de la OMS alberga a más de 1.900 millones de personas en 37 países y zonas: Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Corea del Sur, Estados Federados de Micronesia, Fiji, Filipinas, Guam (Estados Unidos), Hong Kong (China), Isla Pitcairn (Reino Unido), Islas Cook, Islas Marianas del Norte (Estados Unidos), Islas Marshall, Islas Salomón, Japón, Kiribati, Laos, Macao (China), Malasia, Mongolia, Nauru, Nueva Caledonia (Francia), Nueva Zelandia, Niue, Palau, Papúa Nueva Guinea, Polinesia Francesa (Francia), Samoa, Samoa Americana (Estados Unidos), Singapur, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam y Wallis et Futuna (Francia).

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.