

<p>ARGENTINA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia epidemiológica de sarampión y rubéola • Se reportaron dos casos de dengue asociados a trasplantes de órganos
<p>AMÉRICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación epidemiológica de la mpox • Estados Unidos: Por primera vez en el país detectan en cerdos el virus de la influenza aviar A(H5N1)

<ul style="list-style-type: none"> • Estados Unidos: Descubren en Florida el primer jeilongvirus en el país • Panamá: El dengue causa 46 muertes y 24.697 contagios <p>EL MUNDO</p> <ul style="list-style-type: none"> • España: Infecciones por <i>Staphylococcus pseudintermedius</i> en pacientes humanos inmunodeprimidos • Etiopía: Situación epidemiológica de la malaria
--

<ul style="list-style-type: none"> • Ghana: Situación epidemiológica de la mpox • Islandia: Brote de infecciones por <i>Escherichia coli</i> en un jardín de infantes • Marruecos: Reportaron una muerte humana por rabia • Nepal: El cambio climático y la urbanización aceleran la propagación del dengue • Ruanda: Intensifican medidas contra la fiebre del Valle del Rift • Ruanda: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus de Marburg
--

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
 <p>WWW.SADI.ORG.AR</p>
Adherentes


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

Situación actual

El 8 de octubre de 2024, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [alerta epidemiológica](#) ante la confirmación de tres casos de sarampión en la localidad de Lamarque, provincia de Río Negro, en personas sin antecedente de viaje, que habían tenido contacto con personas que habían viajado y a su regreso habían presentado sintomatología compatible. El 4 de octubre del corriente año, el equipo de respuesta rápida de la provincia de Río Negro inició la investigación de brote ante un rumor. A partir de allí se desprende de la investigación epidemiológica la presencia de casos sintomáticos y de personas que al momento no contaban con síntomas pero que referían haberlos tenido. A partir de ello se procede a las tareas de toma de muestras y bloqueo.

Provincia/Región	Sarampión confirmado	Rubéola confirmado	Sospechosos pendientes de clasificación	Descartados	Totales	Tasas de notificación c/100.000
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	–	5	27	34	1,09
Buenos Aires	–	–	19	69	88	0,50
Córdoba	–	–	15	36	51	1,28
Entre Ríos	–	–	5	13	18	1,26
Santa Fe	–	–	2	38	40	1,12
Centro	2	–	46	183	231	0,78
La Rioja	–	–	1	–	1	0,26
Mendoza	–	–	13	49	62	3,08
San Juan	–	–	1	12	13	1,59
San Luis	–	–	2	16	18	3,33
Cuyo	–	–	17	77	94	2,50
Chaco	–	–	2	28	30	2,62
Corrientes	–	–	2	1	3	0,25
Formosa	–	–	–	3	3	0,50
Misiones	–	–	5	15	20	1,56
Noreste Argentino	–	–	9	47	56	1,32
Catamarca	–	–	2	6	8	1,86
Jujuy	–	–	1	–	1	0,13
Salta	1	–	22	54	77	5,34
Santiago del Estero	–	–	5	7	12	1,14
Tucumán	–	–	13	14	27	1,59
Noroeste Argentino	1	–	43	81	125	2,30
Chubut	–	–	8	7	15	2,49
La Pampa	–	–	–	10	10	2,73
Neuquén	–	–	4	4	8	1,10
Río Negro	11	–	5	6	22	2,89
Santa Cruz	–	–	–	1	1	0,30
Tierra del Fuego	–	–	–	4	4	2,10
Sur	11	–	17	32	60	2,01
Total Argentina	14	–	132	420	566	1,23

Casos de sarampión y rubéola, según clasificación y provincia de residencia, y tasa de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Hasta la fecha, se confirmaron en este brote 11 casos, tres de ellos con antecedente de viaje reciente a Colonia Pirafé, Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) y los restantes ocho son familiares. Otros contactos familiares se encuentran en estudio. No se registraron sintomáticos fuera de la familia.

Los viajeros regresaron a Argentina el 18 de septiembre, presentando exantema a los tres días posteriores. Se concluye en que se trata de un brote importado, con identificación del genotipo B3 (Sequence ID 8532) que fue detectado previamente en Estados Unidos (Oregon).

Las personas sintomáticas identificadas no contaban con antecedente de vacunación contra sarampión. Los casos confirmados corresponden a personas de entre 18 meses y 34 años de edad, todos familiares entre sí.

El equipo de respuesta rápida a brotes de la provincia de Río Negro continúa con la investigación epidemiológica y las acciones de control de foco correspondientes. A nivel nacional, se activó una alerta a través del Centro Nacional de Enlace, notificando a los países involucrados en el vuelo para el seguimiento y monitoreo de los pasajeros expuestos. A su vez todas las personas residentes en Argentina o viajeros, donde no consta su posterior salida del país, fueron enviados a sus provincias de residencia para continuar con el seguimiento epidemiológico.

En Argentina, en lo que va del año, se han confirmado 14 casos de sarampión.

Antecedentes

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

En enero de 2024 se confirmó un caso en un niño de 19 meses sin antecedente de vacunación en Salta, detectándose el genotipo D8 (linaje MVs/Patán.IND/16.19). No se identificó la fuente por lo que el caso se clasificó como fuente de origen desconocido. No se presentaron casos secundarios.

En febrero de 2024, se registraron dos casos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un niño de 6 años (caso importado) y su hermano de 13 meses (relacionado a la importación). Los niños eran residentes de Barcelona (España) y no estaban vacunados contra el sarampión. El genotipo detectado fue B3, linaje MVs/Manchester.GBR/44.23.

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

Ante el alto riesgo de reintroducción del virus al país, el Ministerio de Salud instó a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia epidemiológica de la enfermedad febril exantemática, verificar y completar esquemas de vacunación y sensibilizar a la población sobre la importancia de la consulta temprana ante la aparición de fiebre y exantema.

El [último Boletín Epidemiológico](#) del Ministerio de Salud de Argentina incluyó un dato particular en su apartado sobre el dengue: dos casos de dengue asociados a trasplante de órganos, uno con residencia en la provincia de Buenos Aires y otro con residencia en Santa Fe, asistido en Córdoba.

Elena María Obieta, miembro de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y directora de Epidemiología de la Municipalidad de San Isidro, precisó: “Los casos de dengue asociados a trasplante de órganos, especialmente de órganos sólidos, son extremadamente raros. Existe poca literatura al respecto. Los infectólogos debemos preguntarnos si, ante un donante de órgano, se le debería hacer al menos un test para verificar si está cursando dengue y pudiera estar virémico. En ese caso, el receptor podría recibir un órgano con el virus del dengue”.

Por su parte, Silvia Elena González Ayala, médica infectóloga y presidente de la Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica (SAIP), explicó que “la transmisión no vectorial del dengue se produce a partir de una persona infectada por el mosquito, quien dona sangre u órganos; por una embarazada que transmite la infección por vía transplacentaria o hematogena al producto de la concepción; o miembros del equipo de salud que tienen un accidente punzocortante con un objeto contaminado con sangre de una persona infectada”.

Obieta enfatizó lo excepcional de los casos asociados a trasplantes de órganos en la literatura médica: “Al revisar la literatura, los casos documentados de transmisión de dengue por trasplante son absolutamente excepcionales. No obstante, si por el cambio climático Argentina se convierte en un país endémico, quizás deberíamos considerar, al igual que ocurre con otras enfermedades como chagas o citomegalovirus, implementar una prueba rápida para el virus del dengue en donantes de órganos”.

Asimismo, Obieta detalló que en cuanto a la “evolución de los receptores de órganos que pudieran recibir un órgano infectado, hay poca evidencia que indique si su pronóstico es peor. Obviamente, los pacientes inmunosuprimidos siempre tienen mayor riesgo debido a la polifarmacia y su condición previa, durante y después del trasplante, pero estos son supuestos; no existen estudios controlados y aleatorizados sobre cómo les va a los trasplantados que reciben un órgano de un donante con dengue”.

González Ayala apuntó: “La transmisión por trasplante existe. Los donantes eran personas con infecciones asintomáticas. Lo mismo ocurrió en varios casos de transmisión transfusional debido a la intensidad de la epidemia que tuvimos este año. Habría que darle un enfoque integral al tema, considerando la transmisión no vectorial en general”.

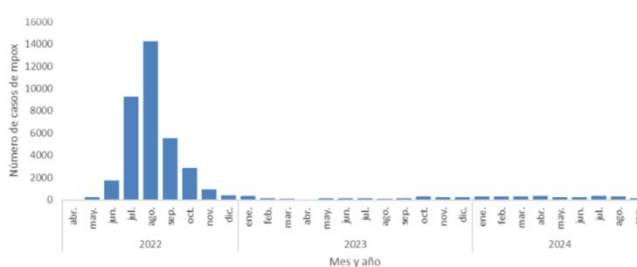
Por su parte desde el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) explicaron que “desde el inicio del año y ante el aumento de casos de dengue, la Comisión de Infecciones en Trasplante de Órganos Sólidos de la SADI, la Sociedad Argentina de Trasplante (SAT), en conjunto con el INCUCAI, elaboraron un protocolo, que se aplica a nivel nacional, que establece la exigencia de testear a los donantes con el fin de evitar la transmisión del dengue a receptores”.

Desde mayo de 2022 hasta la semana epidemiológica (SE) 40 de 2024, se notificaron 65.876 casos confirmados de mpx, incluidas 150 defunciones en 31 países y territorios de la Región de las Américas. En total, 57.697 casos y 120 defunciones se registraron en 2022, 3.966 casos y 24 defunciones en 2023 y 4.213 casos y seis defunciones en lo que va de 2024. Desde el [10 de septiembre de 2024](#) se notificaron 1.207 nuevos casos de mpx en la Región.

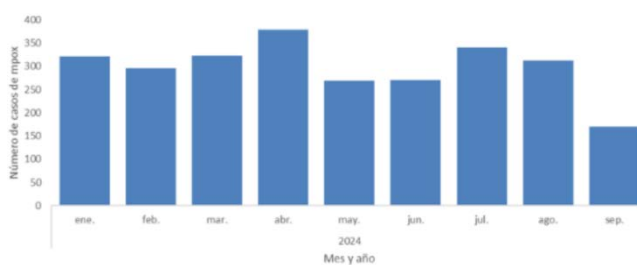
La mayor proporción de casos se registró durante el año 2022 (88%), con el mayor número de casos notificados en el mes de agosto de 2022. Posteriormente se observó un descenso progresivo de casos que continuó durante 2023 y 2024. La vigilancia genómica identificó al clado IIb en todos los casos de mpx analizados, el cual sigue siendo el único clado detectado hasta la fecha en la Región de las Américas.

En cuanto a la distribución de casos por países y territorios, la mayor proporción de casos confirmados desde mayo de 2022 a octubre de 2024 corresponde a Estados Unidos (34.067 casos, incluidas 63 defunciones), seguido de Brasil (12.724 casos, incluidas 16 defunciones), Colombia (4.269 casos), México (4.178 casos, incluidas 35 defunciones) y Perú (3.948 casos, incluidas 23 defunciones).

De 61.093 casos registrados entre mayo de 2022 y octubre de 2024, con información disponible sobre el sexo y la edad, en la Región de las Américas, 96% corresponde a hombres (58.565 casos) y 39% de los casos se encuentra en el grupo etario de 30 a 39 años (24.148 casos) siendo la mediana de edad de 33 años, con un rango de edad de 0 a 95 años. Adicionalmente, se registran 750 casos confirmados en menores de 18 años en 16 países de la Región (1,1% de los casos). De 20.515 casos con información disponible sobre las prácticas sexuales, 72% se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). De 22.406 casos con información disponible sobre el estado serológico respecto del VIH, 59% corresponde a personas que vivían con el virus.

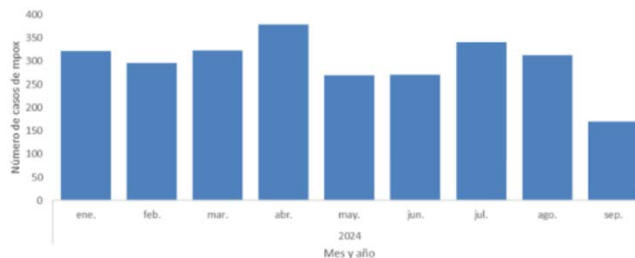


Casos confirmados según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Región de las Américas. De abril de 2022 hasta septiembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos confirmados según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Región de las Américas. De enero a septiembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Respecto de las hospitalizaciones, de los 51.782 casos con información disponible, 8% fue hospitalizado (4.102 casos), siendo 23% de estos casos para manejo clínico (944 casos). En 61% de los casos se desconoce la causa (2.497 casos) de hospitalización.



Casos confirmados según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión de América del Norte. De enero a septiembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Situación en la Región de las Américas en 2024

En 2024 en la Región de las Américas, 14 países registran un total de 4.213 casos confirmados, incluyendo seis defunciones: Estados Unidos (2.317 casos, incluyendo tres defunciones), Brasil (1.225 casos), Canadá (251 casos), Colombia (121 casos), México (99 casos, incluyendo una defunción), Perú (89 casos, incluyendo dos defunciones), Argentina (78 casos), Chile (10 casos), República Dominicana (8 casos), Ecuador (7 casos), Panamá (5 casos), Bolivia (1 caso), Costa Rica (1 caso) y Guatemala (1 caso).

En 2024, de 3.767 casos con información disponible sobre el sexo y la edad, en la Región de las Américas, con 96% de los casos reportando sexo masculino (3.622 casos), la situación es similar a la de los años 2022-2023, y 46% de los casos se encuentra en el grupo de 30 a 39 años (1.722 casos) siendo la mediana de edad de 34 años, con un rango de edad de 0 a 81 años. Adicionalmente, se registran 28 casos confirmados en menores de 18 años en cinco países de la Región (0,6% de los casos). De 709 casos con información disponible sobre las prácticas sexuales, 75% se identificó como HSH. De 1.257 casos con información disponible sobre el estado serológico respecto del VIH, 50% corresponde a personas que vivían con el virus.

Resumen de la situación por subregión y países seleccionados

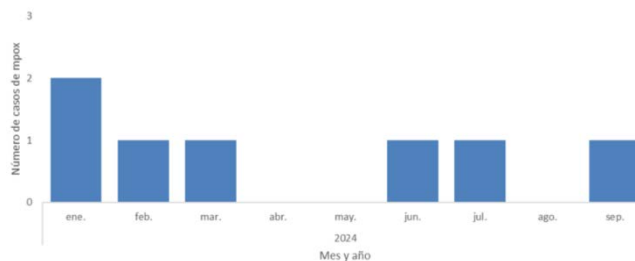
América del Norte

Desde 2022 hasta la SE 40 de 2024, se reportaron 40.045 casos confirmados, incluidas 98 defunciones. La mayor proporción de casos se registró en Estados Unidos, con 85% de los casos. En 2024, hasta la SE 40, los tres países que conforman esta subregión han notificado casos (2.667 casos, incluyendo cuatro defunciones).

- **Canadá:** En 2024, hasta la SE 40, se han reportado 251 casos confirmados, con un promedio semanal de 6 casos. El 96% de los casos corresponde a hombres (242 casos) y 38% de los casos se encuentra en el grupo de 30 a 39 años (95 casos); no se registran casos en menores de 18 años. De 245 casos con información disponible, 0,8% de los casos fueron hospitalizados.
- **Estados Unidos:** En 2024, hasta la SE 40, se reportaron 2.317 casos confirmados, incluyendo tres defunciones, con un promedio semanal de 58 casos. El 96% de los casos corresponde a hombres (2.105 casos) y 41% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (905 casos). Se registran 8 casos en menores de 18 años. De 1.841 casos con información disponible, 11% fue hospitalizado.
- **México:** En 2024, hasta la SE 40, se han reportado 99 casos confirmados, incluyendo una defunción, con un promedio semanal de dos casos. El 90% de los casos corresponde a hombres (89 casos) y 45% de los casos se encuentra en el grupo de 30 a 39 años (47 casos). Se registran tres casos en menores de 18 años. No se reportaron casos hospitalizados.

Centroamérica

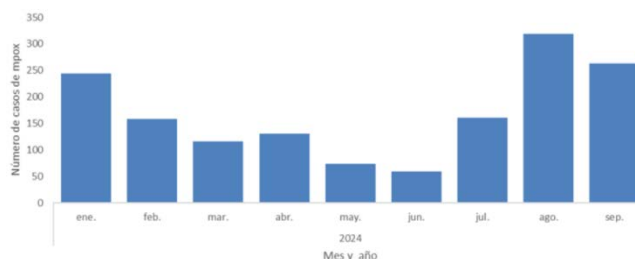
Desde 2022 hasta la SE 40 de 2024, se notificaron 1.021 casos, incluidas tres defunciones. La mayor proporción de casos se reportó en Guatemala, con 40% de los casos. Dentro de los países que conforman esta subregión Costa Rica, Guatemala y Panamá notificaron casos en 2024.



Casos confirmados según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión de Centroamérica. De enero a septiembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

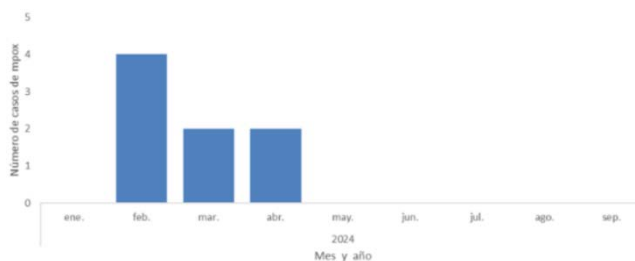
América del Sur

En esta subregión, 10 países han registrado casos, y desde 2022 hasta la SE 40 de 2024 se reportaron 24.652 casos, incluidas 47 defunciones. La mayor proporción de casos se registró en Brasil, con 52% de los casos, seguido por Colombia (17%) y Perú (16%). Dentro de los países que conforman esta subregión siete países registran casos en 2024: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú.



Casos confirmados según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión de América del Sur. De enero a septiembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- **Argentina:** En 2024, hasta la SE 40, se han reportado 78 casos confirmados, con un promedio semanal de siete casos y con el mayor número de casos hasta el momento en la SE 36 con 11 casos. El 99% de los casos corresponde a hombres (77 casos) y 49% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (38 casos). Se registró un caso en un menor de 18 años. De 73 casos con información disponible, 7% de los casos fueron hospitalizados.
- **Brasil:** En 2024, hasta la SE 40, se han reportado 1.225 casos confirmados, con un promedio semanal de 31 casos, observándose una tendencia al ascenso a partir de la SE 30 de 2024. El 93,5% de los casos corresponde a hombres (1.145 casos) y 47,2% se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (540 casos). Se registran 15 casos en menores de 18 años. De 987 casos con información disponible, 9,2% de los casos fueron hospitalizados.
- **Colombia:** En 2024, hasta la SE 40, se han reportado 121 casos confirmados, con un promedio semanal de tres casos. El 99% de los casos corresponde a hombres (118 casos) y 44% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (52 casos). No se registran casos en menores de 18 años. De 119 casos con información disponible, 23% de los casos fueron hospitalizados.
- **Perú:** En 2024, hasta la SE 40, se han reportado 89 casos confirmados, incluyendo dos defunciones, con un promedio semanal de dos casos. El 95% de los casos corresponde a hombres (85 casos) y 44% de los casos se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años (45 casos). Se registra un caso en un menor de 18 años.



Casos confirmados según mes y año de inicio de síntomas/notificación. Subregión del Caribe e islas del Océano Atlántico. De enero a septiembre de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Caribe e islas del Océano Atlántico

En esta subregión, 13 países y territorios han notificado casos. Desde 2022 hasta la SE 40 de 2024 se notificaron 166 casos, incluidas dos defunciones. La mayor proporción de casos se

registró en República Dominicana, con 66% de los casos, seguido por Jamaica (13%) y Cuba (5%). República Dominicana es el único país de esta subregión, que ha reportado casos durante 2024.

Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).



OREGON
DEPARTMENT OF
AGRICULTURE

ESTADOS UNIDOS

POR PRIMERA VEZ EN EL PAÍS DETECTAN EN CER-
DOS EL VIRUS DE LA INFLUENZA AVIAR A(H5N1)

30/10/2024

Los Laboratorios Nacionales de Servicios Veterinarios (NVSL) confirmaron la presencia de influenza aviar altamente patógena (IAAP) en uno de cinco cerdos que viven en una pequeña granja del condado de Crook, Oregon. Se trata de la misma granja en la que el Departamento de Agricultura de Oregon (ODA), en colaboración con el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), practicó la eutanasia humanitaria a 70 aves de traspatio afectadas por la IAAP la semana pasada. Aunque los NVSL confirmaron la IAAP en un cerdo, los resultados de las muestras recogidas de los otros cuatro cerdos están pendientes. El Dr. Ryan Scholz, veterinario estatal de la ODA, puso en cuarentena la propiedad y el equipo veterinario del departamento está llevando a cabo la vigilancia.

La presencia de IAAP en las aves de traspatio y en el cerdo fue detectada en primer lugar por el Laboratorio de Diagnóstico Veterinario de Oregon (OVDL) en la Universidad Estatal de Oregon (OSU) y los NVSL confirmaron los resultados. En colaboración con la ODA y el USDA, el personal del laboratorio de la OSU recibió los cerdos, les practicó la necropsia, analizó las muestras e incineró los restos.

Aunque la confirmación de la IAAP no es inesperada debido a la detección previa en las instalaciones, esta es la primera detección de IAAP en cerdos. Los cinco cerdos y las 70 aves de la propiedad fueron sacrificados para evitar una mayor propagación del virus. Ninguno de los animales de la granja entró en la cadena de suministro de alimentos, ni fue destinado al mercado comercial de alimentos. Es importante señalar que, cuando se prepara y cocina adecuadamente, la IAAP no afecta a los productos cárnicos ni a los huevos, y estos alimentos siguen siendo seguros. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos también recomiendan elegir leche y productos lácteos pasteurizados para proteger su salud y la de su familia.

La IAAP es una enfermedad grave. El ODA, el USDA, la Autoridad Sanitaria de Oregon (OHA) y Salud Pública del condado de Crook respondieron rápidamente y de acuerdo con los planes de respuesta Una Salud establecidos. Estos planes incluyen la aplicación de restricciones de cuarentena, la eutanasia humanitaria de las bandadas y animales afectados, la eliminación de las aves y animales afectados, la limpieza y eliminación del virus de las instalaciones afectadas, la realización de la vigilancia y el seguimiento de las personas expuestas a los animales infectados. El ODA proporcionó a los propietarios de animales equipos de protección personal, y Salud Pública del condado de Crook y la OHA están educando y controlando a las personas expuestas.

Aunque estos esfuerzos de respuesta son fundamentales para acabar con el brote, también hay medidas que los propietarios de aves y ganado pueden tomar para ayudar a detener la propagación del virus.

Las medidas de bioseguridad pueden incluir:

- Evitar la exposición de las aves de corral y el ganado doméstico a la fauna silvestre, especialmente a las aves acuáticas salvajes.
- Limitar el contacto de diferentes especies de ganado, especialmente aves de corral y cerdos.

- Lavarse las manos antes y después de manipular animales.
- Limpiar los vehículos, herramientas o equipos.
- Limitar las visitas innecesarias.
- Higienizar el calzado en pediluvios limpios.
- Cambiarse de ropa al entrar en contacto con aves.

La cepa actual de IAAP que circula en Estados Unidos y en todo el mundo es endémica en aves silvestres, y causa brotes en aves de corral, mamíferos silvestres, como focas y leones marinos, y animales domésticos, como vacas lecheras.

La influenza aviar altamente patógena se ha confirmado en vacas lecheras de 14 estados, entre ellos California e Idaho. En Oregon no se ha confirmado ningún caso de IAAP en ganado lechero. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos afirma que es seguro consumir huevos y carne vacuna manipulados y cocinados adecuadamente. El riesgo de que la IAAP se propague a las personas a partir de los animales es extremadamente bajo.

En un cálido día de mayo, un gato doméstico entró en su casa de Gainesville, Florida, y dejó caer un ratón muerto en la alfombra a los pies de su dueño.

El dueño del gato, un experto en virus y su transmisión, incluso entre especies, sospechó que los ratones podían transmitir la viruela del ciervo mulo, por lo que recogió el trofeo y lo llevó a su laboratorio de la Universidad de Florida para realizar pruebas.

Allí, se descubrió que el roedor, un ratón del algodón (*Peromyscus gossypinus*), no era portador del virus de la viruela del ciervo mulo, pero sí albergaba un jeilongvirus, que se había encontrado anteriormente en África, Asia, Europa y Sudamérica. Procede de una familia de virus que infectan a mamíferos, reptiles, aves y peces, y que ocasionalmente puede causar enfermedades graves en humanos.

Y no se trata de un jeilongvirus cualquiera, sino de uno genéticamente muy diferente. Crece igualmente bien en células de roedores, humanos y primates no humanos, lo que lo convierte en un gran candidato para un evento de propagación, es decir, un evento en el que un virus salta de una especie a otra.

El virus, al que se denominó jeilongvirus 1 de roedores de Gainesville, es el primer jeilongvirus descubierto en Estados Unidos.

El hallazgo confirma que muchos virus desconocidos circulan en animales que viven en estrecha proximidad con los humanos. Y, de hecho, si se buscaran, se descubrirían muchos más.

Los jeilongvirus aún son poco conocidos, pero son un tipo de paramixovirus, que se asocian con infecciones respiratorias. Si bien el hallazgo de que el jeilongvirus 1 de roedores de Gainesville puede infectar a muchas especies diferentes es preocupante, no se debe entrar en pánico. La mayoría de los humanos tienen poco contacto directo con el huésped principal de los jeilongvirus, ratas y ratones salvajes.

Ejemplo de ello es el hantavirus, otro virus que se encuentra en roedores salvajes. Los humanos pueden desarrollar enfermedades graves o fatales si se infectan con hantavirus, pero hasta la fecha, esos tipos de infecciones siguen siendo poco frecuentes y generalmente ocurren solo entre personas que entran en contacto con excretas de roedores, a menudo a través de la exposición aérea a orina o materia fecal de roedores.

Se pudo cultivar el jeilongvirus en el laboratorio, lo que permitió examinar las características del mismo. Lo ideal sería realizar estudios con animales para determinar si el virus provoca enfermedades en roedores y otros animales pequeños. En última instancia, se debe determinar si ha afectado a los humanos en Gainesville y el resto de Florida.

Las iniciativas de vigilancia que identifican patógenos virales emergentes o reemergentes que circulan en el ambiente o en la vida silvestre o en individuos que representan un alto riesgo también son importantes.

Esto ayuda a establecer la infraestructura para evaluar el riesgo de nuevos patógenos o determinar si los fenotipos del virus están cambiando y se vuelven más peligrosos para sus huéspedes.

El gato en cuestión no desarrolló ningún síntoma por su exposición al ratón portador del virus. Los gatos, en general, evolucionaron para comer roedores y no enferman por los virus que transmiten estos animales, pero es necesario realizar pruebas para saber si el virus afecta a las mascotas y a los humanos.

El dengue ha causado 46 defunciones y 24.697 contagios en Panamá hasta la semana epidemiológica (SE) 42, según informó el 1 de noviembre el Ministerio de Salud del país.

La zona de Panamá Metro sigue siendo la que acumula más casos de dengue, con 6.737, seguida de las cercanas provincias de Colón con 2.969 y de Panamá Oeste con 2.472.

Hasta la SE 42, “se mantiene un acumulado de 46 defunciones” por dengue, que en Panamá tiene una tasa de letalidad de 0,19%.

Las tres regiones con mayor número de decesos por dengue en el periodo analizado son la provincia de Colón (con 13), la Zona Metropolitana (11), y la provincia de Chiriquí (5).

El Ministerio de Salud declaró el pasado 29 de julio una alerta sanitaria en las regiones de Panamá Metro, Colón, Panamá Este y Panamá Oeste por la alta incidencia de casos de dengue, y destacó el papel fundamental de la población en la búsqueda y eliminación de criaderos del mosquito transmisor, *Aedes aegypti*.

En 2023, Panamá registró 18 muertes por dengue y 16.546 casos confirmados de la enfermedad, muy por encima de los cuatro decesos y de los 8.349 casos confirmados del año anterior.





Staphylococcus pseudintermedius es una bacteria oportunista comensal que forma parte de la microbiota cutánea de animales de compañía, particularmente perros, y tiene el potencial de inducir infecciones de la piel y los tejidos blandos en mascotas, e infecciones zoonóticas.

A diferencia de lo que ocurre en los perros, la colonización por *S. pseudintermedius* en humanos suele ser esporádica o considerarse una contaminación, siendo los pacientes inmunodeprimidos y los dermatólogos veterinarios los más propensos a ser colonizados por este microorganismo.

Para conocer más en profundidad los casos humanos de infecciones por *S. pseudintermedius*, se realizó un [estudio](#) en el que se describen infecciones en pacientes inmunodeprimidos que habían estado en contacto con perros y/o gatos.

Se trata de cuatro individuos con diversas comorbilidades atendidos en el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona de febrero a junio de 2023, en los que se aisló *S. pseudintermedius* de la piel (infección o colonización).

Este estudio proporciona un análisis exhaustivo de estas cepas, evaluando sus perfiles de resistencia a antibióticos tanto fenotípicamente como genotípicamente, y evaluando la presencia de factores de virulencia.

Dos aislamientos clonalmente relacionados se recuperaron de mujeres sin relación entre sí con catéteres de diálisis peritoneal. Además, tres de los cuatro aislamientos exhibieron un genotipo y fenotipo de resistencia a múltiples fármacos, y todos demostraron una variedad diversa de factores de virulencia vinculados a la patogenicidad del microorganismo.

Prevenir la transmisión zoonótica

Para prevenir o reducir las transmisiones zoonóticas de *S. pseudintermedius* de perros a humanos, los propietarios de mascotas deben ser conscientes de los comportamientos que podrían conducir potencialmente a la transmisión, incluyendo alimentar a los perros en la cocina, permitir que los perros duerman en la cocina o en el sofá, y dejar que los perros laman la cara y/o las manos, ya que estas parecen jugar un papel importante en la transmisión a través de superficies contaminadas. Además, *S. pseudintermedius* puede persistir en el ambiente hasta 10 semanas.

Con respecto a la cuestión de los aislamientos con resistencia a múltiples fármacos, se deben considerar mejores prácticas de tratamiento con antibióticos. Se ha demostrado que las pruebas de susceptibilidad obligatorias reducen la resistencia a los antimicrobianos, al igual

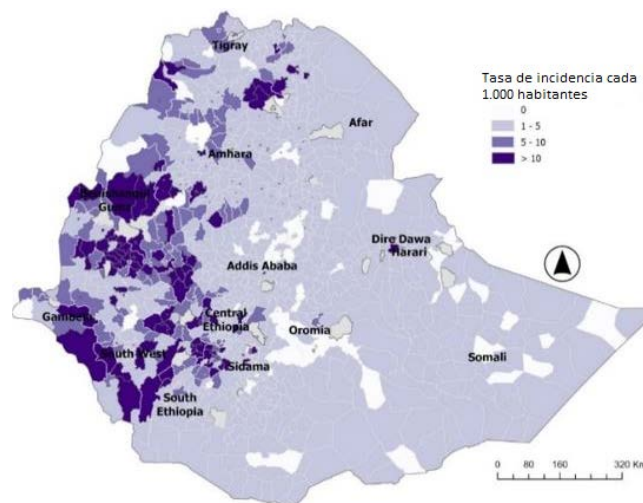
que evitar el mal uso de antibióticos a través de un tratamiento empírico en lugar de un tratamiento basado en pruebas de susceptibilidad.

La importancia de describir las infecciones zoonóticas asociadas con *S. pseudintermedius* reside en la escasez de literatura científica disponible, acentuada aún más por su perfil de resistencia acentuado y las posibles complicaciones, particularmente en el contexto de las infecciones relacionadas con catéteres.

Asimismo, apuntan que, dada la amplia propiedad de perros, reservorios naturales de este microorganismo, la resistencia de diferentes linajes de *S. pseudintermedius* a múltiples antibióticos plantea una amenaza potencial para el tratamiento de la infección.

Para determinar si el entorno hospitalario actúa como reservorio de *S. pseudintermedius*, se necesitan investigaciones exhaustivas, que incluyan muestras ambientales del hospital y de las mascotas de los pacientes.

En 2024, hasta el 20 de octubre, se notificaron en Etiopía más de 7,3 millones de casos de malaria y 1.157 muertes (tasa de letalidad de 0,02%), el número más alto de casos anuales registrados en los últimos siete años. De los casos totales notificados en 2024, la mayoría (95%) fueron confirmados por laboratorio, y *Plasmodium falciparum* representó más de dos tercios de los casos. En cambio, en 2023, se notificaron 4,1 millones de casos de malaria, incluidas 527 muertes, de las cuales *P. falciparum* representó aproximadamente 70% de todos los casos notificados. Cuatro regiones representaron 81% de los casos notificados y 89% de las muertes por malaria en los centros de salud en 2024: Oromía (44% de los casos; 667 muertes), Amhara (18% de los casos; 56 muertes), Sudoeste (12% de los casos; 250 muertes) y el Estado Regional del Sur de Etiopía (7% de los casos; 45 muertes). Debido a las condiciones geoecológicas favorables, la parte occidental del país está experimentando una alta carga de malaria y se ve muy afectada por el aumento sin precedentes actual.



Tasa de incidencia de malaria cada 1.000 habitantes, según woreda. Etiopía. Año 2024, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

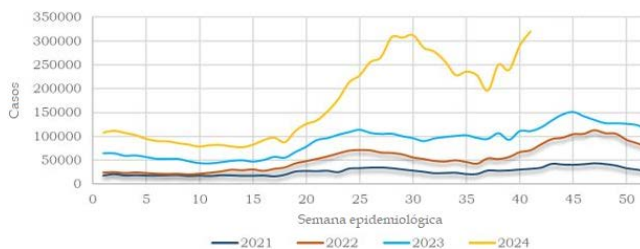
A nivel nacional, se identificaron 222 woredas (distritos) con alta carga de malaria para intervenciones específicas. Si bien estos distritos representan solo 20% del total del país, representaron más de 75% de la carga nacional de malaria en 2023. Entre estos distritos, se informa que 50 son parcialmente accesibles debido a los conflictos prolongados en estas áreas.

Los varones representan 56% de los casos ambulatorios y 52% de los ingresos hospitalarios. Los niños menores de cinco años representan 16% de los casos ambulatorios y 25% de los ingresos hospitalarios. El elevado movimiento de trabajadores migrantes estacionales (la mayoría de los cuales son varones adultos) hacia las zonas de alta endemicidad de malaria y el patrón altamente estacional de la malaria en el país pueden haber contribuido a la distribución por edad y sexo observada.

Entre 2020 y 2024, se ha producido un aumento del número de casos anuales notificados, así como la persistencia de brotes más allá de la temporada de transmisión prevista. Por lo general, los picos de malaria se producen entre septiembre y diciembre, tras la temporada primaria de lluvias (de junio a septiembre), y entre abril y mayo, tras la temporada secundaria de lluvias (de febrero a mayo). A pesar de que la temporada principal de transmisión de malaria de 2023 finalizó en diciembre, los brotes han persistido en numerosas regiones, caracterizados por aumentos repentinos del número de casos observados durante la temporada de transmisión secundaria de 2024.

Respuesta de salud pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está prestando apoyo al Ministerio de Salud para coordinar las iniciativas de respuesta a la malaria mediante plataformas integradas junto con una estructura de gestión de incidentes de emergencias múltiples. Las intervenciones clave incluyen:



Tendencia semanal de casos de malaria. Etiopía. Del 1 de enero de 2021 hasta el 13 de octubre de 2024. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

- **Coordinación y liderazgo:** El Ministerio de Salud, con el apoyo de la OMS y otros asociados, está coordinando las iniciativas de respuesta a la malaria a través del Sistema de Gestión de Incidentes. Se ha brindado asistencia técnica para establecer los Centros de Operaciones de Emergencia nacionales y regionales contra la malaria. Se celebra semanalmente una reunión de coordinación nacional con actualizaciones de las Oficinas Regionales de Salud.
- **Suministros y entregas de última milla:** El sector de la salud y la OMS proporcionaron la logística necesaria para entregar suministros sanitarios. La OMS ha asignado cantidades sustanciales de kits y suministros contra la malaria a las Oficinas Regionales de Salud y a los socios. Entre 2022 y 2023, la OMS adquirió y distribuyó más de 636 toneladas métricas de medicamentos contra la malaria y kits de pruebas rápidas, por un valor de 2,26 millones de dólares. Desde principios de este año, la OMS ha enviado 256 toneladas métricas de botiquines de emergencia interinstitucionales con medicamentos contra la malaria y suministros médicos, valorados en más de 1,4 millones de dólares, a las zonas más afectadas. Se están preparando suministros adicionales para donarlos al gobierno.
- **Despliegue de expertos técnicos:** El Gobierno de Etiopía desplegó y apoyó la respuesta a nivel subnacional en las regiones afectadas. Además, desde enero de 2024, ocho expertos técnicos de la OMS han viajado a las regiones de Oromia, Amhara y Sudoeste. Dos expertos están respondiendo actualmente al brote de malaria en la región de Oromia.
- **Movilización de socios:** La OMS, como organismo líder del Conglomerado de Salud, trabaja estrechamente con los socios del conglomerado para garantizar que los suministros lleguen efectivamente a sus destinos finales.
- **Promoción y movilización de recursos:** Se están realizando esfuerzos para colaborar con organismos internacionales e identificar oportunidades de financiación pertinentes. A pesar de estos esfuerzos, sigue habiendo un déficit de financiación significativo que limita la capacidad de ampliar la respuesta de forma rápida y eficaz según las necesidades. El sistema de salud se encuentra bajo presión debido a múltiples emergencias simultáneas, lo que agota los recursos. Entre los principales desafíos se incluyen el desplazamiento de los trabajadores sanitarios, instalaciones sanitarias dañadas y disfuncionales y un acceso vial limitado a las zonas críticas debido al conflicto, lo que genera escasez de herramientas de diagnóstico y medicamentos contra la malaria en las zonas afectadas.

Evaluación de riesgos de la OMS

La malaria plantea un importante problema de salud pública en Etiopía, donde aproximadamente 75% de la superficie del país es endémica y alrededor de 69% de la población que reside en esas zonas corre el riesgo de contraer la infección. La susceptibilidad de Etiopía a las epidemias de malaria se debe a sus pronunciadas disparidades climáticas, topográficas y demográficas, que influyen en el riesgo de malaria en las distintas regiones.

Los datos históricos revelan importantes brotes de malaria, como la devastadora epidemia de 1958, que afectó a aproximadamente tres millones de personas y causó 150.000 muertes, en una parte importante de la zona montañosa. Posteriormente se han producido importantes epidemias con intervalos de unos cinco a ocho años, incluidos brotes generalizados en 1998 y brotes localizados pero graves en 2002/2003. Si bien se lograron avances en la reducción de las muertes y los casos relacionados con la malaria después de 2003, hacia fines de 2021 se produjo un resurgimiento de la enfermedad, y desde 2022 se han notificado epidemias en varias regiones. Es alarmante que la carga anual de casos de malaria y las admisiones y muertes relacionadas hayan aumentado, incluso con una exhaustividad de los informes subóptima en las regiones afectadas por conflictos, lo que sugiere que es probable que se haya subestimado considerablemente el número de afectados entre 2022 y 2024.

La tendencia creciente en el número de casos anuales y áreas endémicas probablemente se vea influenciada por la reducción de los esfuerzos de control de vectores, exacerbada por los conflictos agudos y prolongados que afectan a algunos estados de la región. Etiopía tiene actualmente un número significativo de desplazados internos, muchos de los cuales residen en la comunidad de acogida. En mayo de 2024, Etiopía registró 3,3 millones de desplazados internos en 2.739 sitios, de los cuales 68,7% fueron desplazados por conflictos y 16,5% por sequías. La región de Somali alberga la mayor población de desplazados internos afectados por la sequía, con 397.913 personas (73,1% de la cifra nacional de desplazados relacionados con las sequías). Estos conflictos, en particular en Oromia y Amhara, son prolongados, lo que plantea el riesgo de revertir décadas de progreso contra la malaria. La mayoría de la población, anteriormente protegida por medidas eficaces de control de la enfermedad, ha perdido inmunidad parcial debido a la interrupción de estas medidas.

Estas poblaciones enfrentan riesgos adicionales debido a las deficientes estructuras de vivienda y a la cobertura inadecuada de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración. También hay grandes poblaciones de repatriados que no cuentan con la protección adecuada contra los vectores. Los refugiados de los países vecinos contribuyen cada año a la situación. Etiopía acoge actualmente a más de un millón de refugiados, de los cuales aproximadamente 50% reside en las Tierras Bajas Occidentales, donde la malaria es endémica. El sistema de vigilancia no es óptimo en las zonas afectadas por conflictos, lo que dificulta una comprensión completa de la dinámica de la transmisión. Las demoras en las pruebas y los tratamientos, en particular en las zonas afectadas por conflictos, han dado lugar a una mortalidad evitable. La falta de apoyo financiero complica aún más los esfuerzos para abordar adecuadamente la situación de la malaria. Esta vulnerabilidad aumenta el riesgo de brotes graves, especialmente en comunidades remotas y de difícil acceso.

El nivel de riesgo nacional de malaria en Etiopía es alto debido a múltiples factores: la propagación de *Anopheles stephensi*, que prospera en áreas urbanas y artificiales, las anomalías climáticas de El Niño/La Niña, la sequía y la inseguridad alimentaria, el conflicto en curso y la falta de seguridad. Un gran número de desplazados internos y repatriados con viviendas inadecuadas y cobertura de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, así como más de un millón de refugiados (50% en las Tierras Bajas Occidentales, donde la malaria es endémica), se suman al riesgo. La vigilancia deficiente, especialmente en zonas de conflicto, retrasa las pruebas y el tratamiento, lo que aumenta la mortalidad.

El riesgo regional es moderado debido a los brotes simultáneos de malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores en seis países vecinos: Yibuti, Eritrea, Kenia, Somalia, Sudán del Sur y Sudán. Estas naciones enfrentan desafíos con recursos y capacidades de respuesta limitados para gestionar eficazmente la carga de estos brotes.

Consejos de la OMS

La OMS recomienda herramientas y estrategias de prevención de la malaria, como el control eficaz de los vectores y el uso de medicamentos antimaláricos preventivos, que tienen un gran impacto en la reducción de la carga mundial de la enfermedad. Las medidas preventivas para reducir la transmisión de la malaria incluyen el uso de mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada y la fumigación residual de interiores.

El diagnóstico y el tratamiento tempranos de la malaria reducen la gravedad de la enfermedad, previenen las muertes y contribuyen a reducir su transmisión. La OMS recomienda que todos los casos sospechosos se confirmen mediante [pruebas diagnósticas](#) basadas en la detección de parásitos (microscopía o una prueba de diagnóstico rápido). Las pruebas diagnósticas permiten a los proveedores de atención médica distinguir rápidamente entre fiebres maláricas y no maláricas, lo que facilita el tratamiento adecuado.

El fortalecimiento de la vigilancia de la malaria también ayuda a identificar zonas de alto riesgo o poblaciones propensas a la infección, permite el seguimiento de los cambios en los patrones de la enfermedad y ayuda a diseñar intervenciones de salud pública eficaces. Se espera que se sigan difundiendo mensajes clave de salud pública sobre la reducción del riesgo de transmisión de la malaria entre la población.

Basándose en la información disponible para este evento, la OMS no recomienda ninguna restricción general a los viajes o al comercio con Etiopía.

La malaria es una enfermedad potencialmente mortal causada por parásitos que se transmiten a las personas a través de las picaduras de mosquitos *Anopheles* hembra infectados. La malaria también se puede transmitir a través de transfusiones de sangre, trasplantes de órganos o por compartir agujas o jeringas contaminadas con sangre infectada. La malaria también puede transmitirse de madre a hijo antes o durante el parto.

Existen cinco especies de parásitos que causan malaria en los seres humanos, de las cuales dos de ellas representan la mayor amenaza para la salud pública: *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax*. Ambas especies de parásitos están presentes en Etiopía.

Los primeros síntomas (fiebre, dolor de cabeza y escalofríos) suelen aparecer entre 10 y 15 días después de la picadura del mosquito infeccioso y pueden ser leves y difíciles de reconocer como malaria. Si no se trata, la malaria puede progresar a una enfermedad grave y la muerte en un plazo de 24 horas.

Desde principios de la década de 2000, Etiopía ha experimentado reducciones significativas en los casos y muertes relacionadas con la malaria. No se han notificado epidemias importantes, salvo brotes de menor escala y fluctuaciones estacionales de casos. En 2019, Etiopía registró el número más bajo de casos de su historia, con aproximadamente 900.000 casos notificados, en el contexto de una sólida implementación de programas, una mejor vigilancia, la puesta en marcha de intervenciones contra la malaria y un programa de extensión de la salud comunitaria. Sin embargo, hacia fines de 2021, el país comenzó a experimentar un resurgimiento de la enfermedad. A partir de 2022, se han notificado epidemias de malaria en la mayoría de las regiones, acompañadas de una notable tendencia al alza de los casos año tras año. En 2022 se notificaron aproximadamente 3,3 millones de casos confirmados de malaria, en comparación con 1,3 millones en 2021. En 2023, se notificaron 4,1 millones de casos de malaria, incluidas 527 muertes, de las cuales *P. falciparum* representó aproximadamente 70% de todos los casos notificados. Además, se ha producido un cambio en la estratificación de la malaria, con un aumento del número de zonas clasificadas como endémicas en 2022 en comparación con 2020.

El 1 de octubre de 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia de Salud Pública de Ghana confirmó el primer caso de mpox de 2024 en un joven de 15 años de la región Superior Oeste. El 4 de octubre, la madre de este primer caso dio positivo, lo que indica transmisión en el hogar. Ambos pacientes están aislados y estables en un hospital gubernamental en el distrito de Bia West. No se han reportado muertes.

Se han mejorado las actividades de vigilancia y, al 9 de octubre, se estaban investigando cuatro casos sospechosos. En total, se han registrado 29 casos sospechosos y las autoridades están monitoreando a 35 contactos de los casos confirmados. El brote está presente en Bia West, región Superior Oeste, y se han reportado casos sospechosos en 18 distritos en 11 regiones.

La transmisión a través del contacto cercano y la secuenciación genómica confirmaron que el virus mpox del clado IIB es el que circula en Ghana.

Acciones de salud pública

- Se ha fortalecido la coordinación a nivel nacional y distrital mediante la activación de los Equipos de Respuesta Rápida Regionales y Distritales en el Oeste del Norte y Bia Oeste. Se llevan a cabo reuniones informativas para las autoridades locales y se llevan a cabo reuniones diarias del Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública.
- Se está trabajando en la vigilancia del rastreo de casos, la realización de pruebas y la verificación. Se han distribuido definiciones de casos de mpox a los trabajadores de la salud, junto con revisiones retrospectivas de los registros recientes de los centros de salud.
- Se están realizando pruebas de laboratorio para los casos sospechosos en el Laboratorio Nacional de Referencia de Salud Pública y en el Instituto de Investigación Médica Noguchi Memorial, designado para las pruebas de mpox. Se ha capacitado a los trabajadores de la salud en la recolección y gestión de muestras.
- Se ha fortalecido la gestión de casos y el personal de salud ha recibido capacitación en prevención y control de infecciones. También se están evaluando las instalaciones de los hospitales de distrito para las medidas de prevención y control de infecciones.
- Se está llevando a cabo la educación y sensibilización comunitaria en las áreas afectadas, incluida la divulgación a través de la radio FM y los centros comunitarios. Las iniciativas de educación sanitaria han llegado a las escuelas, las iglesias y los centros de transporte público.

Interpretación de la situación

La mpox sigue siendo uno de los principales eventos de salud pública que preocupan en todo el mundo. Desde el brote de mpox de 2024 en Ghana, los esfuerzos para mejorar la vigilancia, la educación de la comunidad y la gestión del brote han sido fundamentales para contener el brote y evitar una mayor propagación. A pesar de los esfuerzos por contener la propagación del virus, la respuesta a la mpox está experimentando desafíos como la financiación insuficiente.

ciente, la falta de recursos para las pruebas y el transporte de muestras y el apoyo limitado a las personas aisladas, lo que dificulta los esfuerzos de respuesta. El brote en Ghana se limita actualmente a la región Superior Oeste. Aun así, la presencia de casos confirmados, casos sospechosos y un número considerable de contactos indica la necesidad de realizar esfuerzos sostenidos de salud pública.

Se confirmó un brote de infecciones transmitida por alimentos en la escuela infantil Mánagarði de Reykjavík. El agente causal es la bacteria *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC) del serotipo O145. Los análisis de muestras en Matís confirmaron que el mismo serotipo se encontró tanto en muestras de materia fecal de niños del jardín de infantes como en una muestra de carne molida utilizada para cocinar en el establecimiento escolar. La secuenciación del material genético de la bacteria mostró que el origen es el mismo.



Después de entrevistas detalladas con los padres de los niños afectados, la atención pronto se centró en el jueves 17 de octubre pasado. La Autoridad Sanitaria de Reykjavík acudió al lugar y tomó numerosas muestras para analizar los alimentos utilizados en la cocina de ese día, como carne molida, verduras, lentejas, melones, avena y más. Todas las muestras de alimentos fueron negativas para *E. coli* excepto la carne molida. Algunos niños que normalmente no consumen carne también enfermaron, pero no es posible confirmar la ruta de infección. Es posible que hayan sido infectados por otros niños que asistieron al jardín de infantes después de enfermar pero antes de que se suspendiera la asistencia al establecimiento.

La carne molida resultó ser una mezcla de carne de ternera y oveja de Kjarnafæði. No salió a la venta generalizada, sino que sólo se vendió en grandes cantidades, a restaurantes, comedores y guarderías. La Autoridad Alimentaria de Islandia se puso en contacto con los representantes de la empresa cuando las sospechas se dirigieron hacia la carne molida, y el mismo día la empresa se puso en contacto con todas las partes que recibieron carne molida del mismo lote de producción que se utilizó en la escuela infantil de Mánagarði. Durante el retiro se descubrió que los compradores ya lo habían utilizado en sus operaciones. No ha habido informes de infección o enfermedad entre los consumidores de otras cocinas.

La bacteria *E. coli* forma parte de la flora intestinal natural de humanos y animales y puede contaminar el agua, la carne, las verduras y otros alimentos durante su producción. Existen diferentes tipos de *E. coli*, la mayoría de ellos inofensivos, pero la STEC porta genes de virulencia que codifican toxinas que pueden causar enfermedades. Estas cepas pueden ser altamente patógenas.

Según la legislación sobre producción de carne, los productores no están obligados a garantizar que toda la carne esté libre de *E. coli* antes de salir al mercado. Sin embargo, los productores de carne deberían hacer todo lo que esté a su alcance para reducir la posibilidad de contaminación de las canales y los productos cárnicos en el proceso. Se realiza principalmente con agarres limpios, técnicas manuales adecuadas y equipo limpio. Por lo tanto, el muestreo en el proceso tiene como objetivo comprobar si los métodos de trabajo son adecuados. La Autoridad Alimentaria informó sobre un estudio que analizó la presencia de bacterias pató-

genas en la carne en el mercado islandés en 2018. Afirmó que se encontraron genes de virulencia STEC en casi 30% de las muestras de cordero y 11,5% de las muestras de carne vacuna.

Por lo tanto, la limpieza y la manipulación adecuada y la cocción adecuada de la carne por parte de los usuarios/consumidores son claves para prevenir la infección causada por *E. coli*, incluida la STEC de la carne. La investigación reveló que la cocción de la carne molida en el jardín de infantes era insuficiente.

Es una práctica común servir los filetes de ternera, cordero y caballo poco cocidos. Los cortes de carne tienen bacterias en su superficie, pero no dentro del músculo. Por lo tanto, mueren cuando la carne se fríe o se asa a altas temperaturas. Las hamburguesas y otros platos elaborados con carne molida son diferentes porque durante el proceso de molido, los microorganismos se esparcen por toda la carne. Calentar o freír insuficientemente no mata las bacterias presentes en el interior de la carne molida. Para matar la *E. coli* y otros microorganismos patógenos, las hamburguesas y otros platos de carne molida se deben cocinar hasta que la temperatura central sea de al menos 75°C.

El jardín de infantes continúa cerrado y la decisión de su reapertura la tomarán los operadores en consulta con el comité directivo. Representantes de salud visitaron la guardería, revisaron los procedimientos, evaluaron la situación y solicitaron mejoras según fuera necesario. Después del brote, se realizó una limpieza exhaustiva del establecimiento y se desinfectaron juguetes y otros equipos. El jardín de infantes decidió ofrecer alimentos comprados hasta nuevo aviso. La Autoridad Sanitaria dará instrucciones sobre cuándo los niños pueden regresar a clases.

Un reciente incidente que involucró la muerte por rabia de un joven después de ser mordido por un perro doméstico provocó un debate sobre la propagación de esta enfermedad, con llamados a las personas interesadas en tener mascotas a tomar las precauciones necesarias.



La rabia sigue siendo una amenaza persistente, causando una serie de muertes cada año a pesar de los esfuerzos por frenarla. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, Marruecos registró 414 casos de rabia entre los años 2000 y 2020, con una media de 20 casos al año, de los cuales 180 fueron niños menores de 15 años.

En Marruecos, la rabia es una enfermedad de declaración obligatoria, y está sujeta a las medidas de salud veterinaria establecidas en la legislación y la reglamentación vigentes.

Esta zoonosis es endémica en el país y constituye un problema de salud pública. El principal reservorio y fuente de contagio para los seres humanos y los animales es el perro. La enfermedad se notifica en la mayoría de las provincias, pero en distintos grados según la densidad de población canina y las condiciones socioculturales y económicas. Desde la década de 1980 se han puesto en marcha en Marruecos varios planes de lucha contra la enfermedad. Sin embargo, la enfermedad aún no ha podido ser erradicada.

Alrededor de 20.000 personas al año reciben la profilaxis post exposición contra la rabia. El costo promedio del tratamiento es unos 71 dólares por persona, y es pagado íntegramente por el estado. La prevención de la rabia humana le cuesta al estado alrededor de 1,5 millones de dólares anuales. Los costos incluyen análisis biológicos, centros antirrábicos y costos de rehabilitación de las personas expuestas. Además, el costo de una campaña anual de erradicación de la rabia es de alrededor de 1,2 millones de dólares.

Nepal enfrenta un aumento de casos de dengue, una enfermedad potencialmente mortal desconocida en las regiones de gran altitud del Himalaya hasta la aparición de los mosquitos transmisores, debido al cambio climático y la urbanización.

En 2004 solo se registró un caso de dengue en Nepal. Dos décadas después, miles de casos se reportan en todo el país.

Los mosquitos del dengue se propagaron de las llanuras cálidas del país a los valles y áreas montañosas frescas y alcanzaron finalmente regiones de gran altitud.

Este año, 12 personas murieron y más de 28.000 se infectaron, incluyendo 18 en el distrito de Solukhumbu, donde se encuentra el monte Everest, la cumbre más alta del mundo.

Los médicos creen que el número real de casos podría ser mayor, ya que no todos los potenciales infectados se someten a pruebas.

“Esto no debería verse aquí en absoluto”, explicó Suman Tiwari, jefe de salud del distrito de Solukhumbu, que se encuentra a unos 2.500 metros de altitud.

“Lo sorprendente es que algunas personas sin historial de viajes también dieron positivo para dengue”, subrayó.

La capital, Katmandú, situada a unos 1.400 metros de altitud, registró más de 4.000 casos.

“Es lamentable que se esté expandiendo geográficamente”, destacó Sher Bahadur Pun, médico del Hospital de Enfermedades Tropicales e Infecciosas Sukraraj, en Katmandú.

“Antes el dengue se registraba en una zona determinada, pero se está moviendo hacia las regiones montañosas, incluso hasta los pies del Himalaya”, insistió.

En algunos distritos, los hospitales están repletos de pacientes con dengue que sufren fiebres debilitantes, dolores corporales y erupciones.

“Después de cada brote el número de personas infectadas aumenta, y mi experiencia es que, tras cada brote, se ha vuelto más mortal”, comentó.

Injusticia

En octubre la Organización Mundial de la Salud informó que el número de casos de dengue reportados a nivel mundial se duplica aproximadamente cada año desde 2021, con más de 12,3 millones de casos y más de 7.900 muertes reportadas solo en los primeros ocho meses de 2024. El director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, calificó la propagación global de “tendencia alarmante”.



Una mujer infectada con dengue descansa en el Hospital de Enfermedades Infecciosas y Tropicales Sukraraj, en Katmandú (Nepal), el 22 de octubre de 2024.

Los expertos señalan que los cambios en los patrones de temperatura y precipitación, impulsados por el cambio climático y la urbanización, están creando condiciones favorables para el *Aedes aegypti*, mosquito responsable de transmitir el dengue. Esto significa que puede sobrevivir y reproducirse a mayores altitudes.

Narayan Gyawali, virólogo especializado en enfermedades zoonóticas, dijo que la urbanización y la mayor movilidad de las personas también impulsan el aumento de los casos de dengue.

“Cuando se establecen microclimas en nuevas urbanizaciones, las temperaturas se vuelven cálidas y hay humedad”, precisó Gyawali.

Este es el tercer año consecutivo en que Nepal experimenta brotes de dengue, lo que parece indicar un cambio respecto a los patrones cíclicos en los que se esperaban brotes cada dos o tres años.

El peor brote del país ocurrió en 2022, con 88 muertes y casi 55.000 casos, según cifras del gobierno. El año pasado 20 personas murieron, con más de 50.000 casos.

“El dengue solía reportarse en una tendencia cíclica, pero en los últimos años está presente cada año”, indicó Gokarna Dahal, de la División de Epidemiología y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud.

Afirmó también que es una “injusticia” que un país en desarrollo como Nepal –que contribuye mínimamente a la quema de combustibles fósiles que impulsa el calentamiento del planeta– deba soportar los mayores impactos del cambio climático.

Meenakshi Ganguly, de Human Rights Watch, dijo que, si bien la responsabilidad principal de proteger la salud pública recae en Nepal, los países que producen más emisiones globales también tienen una obligación.

“Esos Estados deben hacer mucho más para proteger a las personas en países como Nepal de las consecuencias del calentamiento global”, recalcó Ganguly.

“Combatir enfermedades transmitidas por mosquitos como el dengue, que se están propagando rápidamente a nuevas áreas, debe ser parte de ese esfuerzo”, añadió.

Ruanda ha intensificado las medidas para combatir la fiebre del Valle del Rift, tras el segundo brote en el país en dos años, en medio de las preocupaciones de que pueda propagarse a los humanos.

El resurgimiento de la enfermedad entre el ganado, cerca de la frontera con Tanzania, generó temores de que se repita el brote de 2022, en el que murieron más de 20 personas y cientos de animales.



Actividad de vacunación en Mauritania en 2022.

Desde que comenzó el último brote a mediados de agosto, las autoridades intensificaron la vigilancia y lanzaron una campaña de vacunación del ganado.

Sin embargo, la ausencia de pruebas de diagnóstico rápido sigue siendo un desafío importante, dijeron especialistas en enfermedades.

El brote de 2022

En 2022, Ruanda sufrió su primer brote importante de fiebre del Valle del Rift, que provocó 173 casos humanos y 22 muertes, según un estudio reciente del brote.

La investigación reveló que el retraso en la detección y las pruebas puede haber contribuido a la propagación de la enfermedad.

“Los hallazgos resaltan la necesidad urgente de herramientas de diagnóstico rápidas y precisas”, dijo Edson Rwagasore, coautor del estudio y director de la división de vigilancia de la salud pública y preparación y respuesta a emergencias del Centro Biomédico de Ruanda.

“Necesitamos pruebas rápidas que proporcionen resultados de exámenes instantáneos”, dijo Rwagasore.

“Utilizamos la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para detectar la fiebre del Valle del Rift”, explicó, y añadió: “Los resultados de las pruebas tardan hasta seis horas en llegar. Hemos estado buscando kits de pruebas rápidas, pero no están disponibles en el mercado”.

Carrera contra el tiempo

El brote actual desencadenó una rápida respuesta por parte de las autoridades sanitarias de Ruanda, empleando un enfoque de Una Salud, que integra intervenciones de salud humana y animal.

Julien Niyingabira, responsable de comunicación del Ministerio de Salud, dijo: “Se están realizando pruebas en personas que estuvieron en contacto con animales infectados o sus productos para determinar si son positivas para la fiebre del Valle del Rift”.

Niyingabira agregó que más de 100 personas se han sometido a pruebas de PCR y que hasta ahora ninguna ha dado positivo.

Sin embargo, Rwagasore dijo que la falta de kits de pruebas rápidas estaba obstaculizando los esfuerzos para la detección temprana y el tratamiento oportuno.

Esfuerzos de vacunación

Además de la vigilancia humana, las autoridades han lanzado una campaña de vacunación dirigida al ganado en las zonas afectadas.

Hasta el 30 de septiembre, se habían identificado 28 casos positivos en el ganado, según el Centro Biomédico de Ruanda.

“Hasta ahora, 8.410 de las 32.999 cabezas de ganado (25%) marcado en la zona han sido vacunados contra la fiebre del Valle del Rift en un ejercicio que comenzó el 7 de septiembre de 2024”, informó Fabrice Ndayisenga, quien dirige el departamento de Investigación de Recursos Animales en la Junta de Agricultura de Ruanda.

Actualmente no existe ninguna vacuna autorizada para humanos, pero un candidato prometedor a vacuna humana contra la fiebre del Valle del Rift, ChAdOx1 RVF, entró en ensayos de fase II en humanos en Kenia el 13 de octubre de 2024.

Esto marca un paso importante hacia el desarrollo de una vacuna para proteger a las poblaciones vulnerables.

Desarrollada en la plataforma de vacuna ChAdOx1 de la Universidad de Oxford (la misma tecnología detrás de la vacuna contra la covid de Oxford-AstraZeneca), ChAdOx1 RVF ya ha mostrado resultados positivos en la primera etapa de pruebas en humanos realizada en el Reino Unido a principios de este año.

“El lanzamiento de un ensayo clínico de fase II de una vacuna candidata contra la fiebre del Valle del Rift en un país endémico es un hito crucial en los esfuerzos por controlar esta enfermedad”, dijo Jean Kaseya, director general de los Centros Africanos para el Control de Enfermedades, cuando se lanzó el nuevo ensayo.

“La vacuna ChAdOx1 RVF ofrece esperanza a las poblaciones vulnerables que se ven afectadas desproporcionadamente por el creciente impacto del cambio climático”, afirmó.

Mirando hacia el futuro

Si bien el brote actual está contenido, el riesgo de que se produzcan nuevos brotes es muy alto. Los expertos destacan la necesidad de mantener una vigilancia constante, reforzar la vigilancia e invertir en investigación y desarrollo.

“Necesitamos habilidades analíticas en bioinformática, la parte analítica que conduce a conclusiones científicas precisas”, dijo Rwagasore, hablando sobre la necesidad de desarrollar capacidades en análisis de secuenciación genómica para comprender y rastrear mejor el virus.

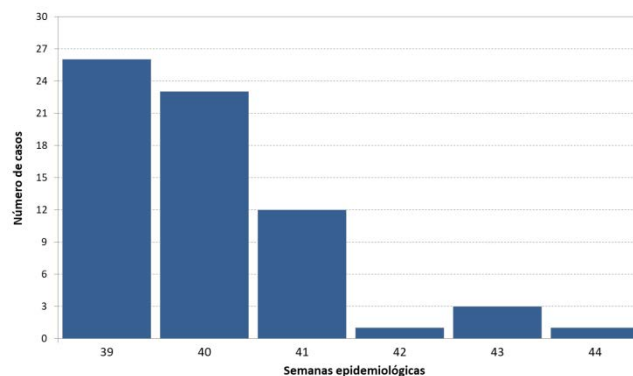
Dijo que la comunidad internacional apoya la investigación y el desarrollo de diagnósticos, vacunas y terapias contra la fiebre del Valle del Rift mediante la colaboración y el intercambio de información entre países.

La fiebre del Valle del Rift es una enfermedad viral que afecta principalmente a los animales, pero que también puede infectar a los seres humanos. Hasta la fecha, no se ha informado de transmisión entre seres humanos.

El virus se transmite a través de las picaduras de mosquitos infectados y por contacto con la sangre o los órganos de animales infectados, lo que incluye el consumo de carne cruda o leche no pasteurizada de animales infectados.

En su forma leve, los seres humanos experimentan síntomas febriles leves, similares a los de la influenza, o incluso ningún síntoma en absoluto. Pero un pequeño porcentaje de personas afectadas desarrolla una forma más grave, que puede provocar enfermedades oculares y afecciones potencialmente mortales, como fiebre hemorrágica.

Desde el 25 de octubre de 2024, se notificaron en Ruanda dos nuevos casos de enfermedad por el virus de Marburg confirmados por laboratorio el 26 y el 30 de octubre, respectivamente. Estos casos son contactos conocidos de un caso confirmado previamente y actualmente se encuentran aislados y reciben tratamiento. Hasta el 31 de octubre de 2024, se han notificado 66 casos confirmados, incluidas 15 muertes (tasa de letalidad de 23%). Entre los casos confirmados, 68% son hombres y 45% son adultos de entre 30 y 39 años. Los trabajadores sanitarios de dos centros de salud de Kigali representan casi 80% de todos los casos confirmados. La mayoría de los casos se notificaron en los tres distritos de la ciudad de Kigali.



Casos de enfermedad por el virus de Marburg, según semana epidemiológica de notificación. Ruanda. Año 2024, semanas epidemiológicas 39 a 44. Fuente: Organización Mundial de la Salud (Datos al 31 de octubre de 2024; n=66).

El mayor número de casos confirmados se notificó en las dos primeras semanas epidemiológicas (SE) del brote: 26 casos notificados en la SE 39 y 23 casos en la SE 40. Después de un solo caso notificado en la SE 42, se notificaron tres casos en la SE 43 y un caso en la SE 44.

Desde que el Gobierno de Ruanda declaró el brote el 27 de septiembre y hasta el 31 de octubre, 49 casos confirmados se han recuperado y dos casos siguen recibiendo atención en el centro de tratamiento designado para tratar casos de enfermedad por el virus de Marburg. Hasta el 31 de octubre de 2024, se han realizado 6.099 pruebas para detectar el virus, y se analizan entre 100 y 350 muestras diarias en el Centro Biomédico de Ruanda.

El rastreo de contactos está en curso y, al 31 de octubre de 2024, había 559 contactos bajo seguimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue apoyando al Gobierno de Ruanda para responder al brote en curso. Se deben mantener las medidas intensificadas de vigilancia, rastreo de contactos y prevención y control de infecciones hasta que se declare el fin del brote.

Respuesta de salud pública

- El Gobierno de Ruanda está coordinando la respuesta con el apoyo de la OMS y sus asociados.
- Se ha desplegado un equipo de refuerzo de la OMS para apoyar la respuesta en el país en las funciones de gestión de incidentes, epidemiología, operaciones sanitarias, gestión de casos, prevención y control de infecciones, laboratorio, logística de salud, investigación terapéutica y de vacunas, y coordinación de socios.
- La OMS colabora continuamente con sus centros colaboradores en materia de fiebre hemorrágica viral y otros laboratorios de referencia y asociados para ayudar a Ruanda a evaluar el rendimiento de las pruebas de laboratorio y prestar apoyo técnico.

- La OMS está apoyando al Gobierno en el establecimiento de un programa para pacientes recuperados, compartiendo orientación técnica y protocolos para el establecimiento de un programa nacional y apoyando el esfuerzo de implementación del Ministerio de Salud de Ruanda.
- La OMS está apoyando la implementación del ensayo clínico de una terapia contra la enfermedad por el virus de Marburg, aprobado a nivel nacional y lanzado recientemente. El ensayo está inscribiendo a los pacientes a medida que ingresan al centro de tratamiento de la enfermedad. La OMS apoyó al Ministerio de Salud en la evaluación de la preparación nacional para la prevención y el control de infecciones (PCI) y la intervención WASH (agua, saneamiento e higiene) para las capacidades de respuesta al brote.
- La OMS y sus asociados colaboraron con el Ministerio de Salud en la elaboración y conclusión de las directrices operativas nacionales de PCI para el virus de Marburg, adaptadas a partir de las directrices de la OMS. Estas directrices operativas, junto con los procedimientos operativos estándar de prevención y control de infecciones, se están difundiendo rápidamente a todos los establecimientos de salud.
- La OMS apoyó al Ministerio de Salud en el desarrollo y finalización de los materiales de enseñanza para la próxima capacitación nacional en PCI, dirigida a los coordinadores nacionales de PCI.
- La OMS está colaborando con el Ministerio de Salud para mejorar las capacidades de PCI continuando con actividades de capacitación *in situ* para los trabajadores de la salud y brindando tutoría y supervisión en diferentes centros de salud prioritarios.
- La OMS apoyó al Ministerio de Salud en la mejora de las medidas de PCI en los sitios de aislamiento.
- La OMS proporcionó asesoramiento técnico a las autoridades de salud pública de Ruanda y los países en riesgo sobre la aplicación de medidas sanitarias basadas en la evidencia y el riesgo; el fortalecimiento de las capacidades de detección, notificación y gestión en los puntos de ingreso y a través de las fronteras; y asesoramiento para viajeros.
- La OMS publicó una guía provisional sobre las [Consideraciones para la salud fronteriza y los puntos de ingreso en caso de brotes de enfermedad por filovirus](#), que se aplica, aunque no se limita a, el brote actual de enfermedad por el virus de Marburg en Ruanda.
- La OMS también publicó una declaración en la que [desaconseja cualquier restricción de viaje o de comercio con Ruanda](#) en el contexto del actual brote de enfermedad por el virus de Marburg.
- La OMS está prestando apoyo en los países vecinos para evaluar la preparación de los centros de atención de salud, los puntos de ingreso y las comunidades fronterizas en los países vecinos y, específicamente, para mapear los riesgos en las zonas fronterizas con Ruanda.
- La OMS está apoyando al centro de tratamiento de enfermedad por el virus de Marburg con apoyo directo de expertos clínicos en enfermedades infecciosas, unidades de cuidados intensivos y enfermería, así como con experiencia en logística sanitaria y WASH.
- La OMS está impartiendo capacitación al personal clínico encargado del tratamiento de la enfermedad por el virus de Marburg en relación con los aspectos generales de las operaciones sanitarias, la gestión de casos y la optimización de los cuidados paliativos. El Ministerio de Salud está proporcionando capacitación a los alumnos.
- La OMS está apoyando el pilar de gestión de casos nacionales para recopilar datos estandarizados a nivel de pacientes basados en el formulario de informe electrónico de casos de la Plataforma Clínica Mundial de la OMS y elaborar informes descriptivos de la gestión de casos del brote.

Evaluación de riesgos de la OMS

La enfermedad por el virus de Marburg es causada por la misma familia de virus (Filoviridae) que causa la enfermedad por el virus del Ébola. La enfermedad por el virus de Marburg es propensa a epidemias asociadas con una alta tasa de letalidad (24-88%). En la etapa inicial de la enfermedad, es difícil distinguirla de otras enfermedades infecciosas como la malaria, la fiebre tifoidea, la shigelosis, la meningitis y otras fiebres hemorrágicas virales. Las características epidemiológicas pueden ayudar a diferenciar entre las fiebres hemorrágicas virales (incluidos los antecedentes de exposición a murciélagos, cuevas o minería) y las pruebas de laboratorio son importantes para confirmar el diagnóstico.

Con 66 casos confirmados, este es el tercer brote más grande de enfermedad por el virus de Marburg informado hasta la fecha, y casi 80% de los casos confirmados se reportaron entre trabajadores de la salud. Las infecciones asociadas a la atención médica (también conocidas como infecciones nosocomiales) de esta enfermedad pueden provocar una mayor propagación si no se controlan a tiempo. No se puede exagerar la importancia de examinar a todas las personas que ingresan a los centros de salud, así como de la vigilancia de los pacientes hospitalizados para una pronta identificación, aislamiento, prestación de atención y notificación. Esto se suma a la importancia de la identificación de los contactos y el listado y seguimiento diario de todos ellos.

Según la investigación del brote, que incluyó la revisión de registros en establecimientos de salud, análisis de datos epidemiológicos, serología y secuenciación genómica, así como pruebas ambientales y con animales, se informa que la fuente del brote es de origen zoonótico, vinculada a la exposición en una cueva habitada por murciélagos frugívoros. Sin embargo, la OMS aún desconoce las fechas de aparición de los síntomas de los casos.

El 30 de septiembre, la OMS evaluó el riesgo de este brote como muy alto a nivel nacional, alto a nivel regional y bajo a nivel mundial. Sin embargo, en función de la evolución del brote y las investigaciones en curso, esta evaluación del riesgo puede revisarse. La enfermedad por el virus de Marburg no es fácilmente transmisible (es decir, en la mayoría de los casos requiere el contacto con los fluidos corporales de un paciente enfermo que presente síntomas o con superficies contaminadas con estos fluidos). Además, se están aplicando medidas de salud pública, incluida la vigilancia activa en los centros y las comunidades, la realización de pruebas a los casos sospechosos, el aislamiento y el tratamiento de los casos y el rastreo de contactos.

Consejos de la OMS

El control de los brotes de enfermedad por el virus de Marburg se basa en una serie de intervenciones, entre ellas el aislamiento y la gestión de los casos de forma inmediata; la vigilancia, que incluye la búsqueda activa de casos, la investigación de los casos y el rastreo de contactos; un servicio de laboratorio; la prevención y el control de las infecciones, incluido un entierro seguro y digno, y la movilización social (la participación de la comunidad es fundamental para controlar con éxito los brotes de esta enfermedad). La sensibilización sobre los factores de riesgo de la infección por el virus de Marburg y las medidas de protección que pueden adoptar las personas es una forma eficaz de reducir la transmisión humana. La OMS recomienda las siguientes medidas de reducción de riesgos como una forma eficaz de reducir la transmisión de la enfermedad por el virus de Marburg en los centros de atención sanitaria y en las comunidades:

- Para reducir las infecciones y muertes humanas, es esencial concienciar a la comunidad sobre los factores de riesgo de la infección por el virus de Marburg, en particular la transmisión entre personas, y las medidas de protección que las personas pueden adoptar para minimizar la exposición al virus. Esto incluye alentar a cualquier persona que presente síntomas a buscar atención médica inmediata en un centro de salud o un centro de tratamiento designado para reducir el riesgo de transmisión comunitaria y mejorar sus posibilidades de recuperación.
- Reducir el riesgo de transmisión de murciélagos a humanos a causa de la exposición prolongada a minas o cuevas habitadas por colonias de murciélagos frugívoros. Las personas que visiten o trabajen en minas o cuevas habitadas por colonias de murciélagos frugívoros deben usar guantes y otra ropa protectora adecuada (incluidos barbijos).
- Se deben fortalecer las actividades de vigilancia, incluida la amplia difusión de la definición de caso de enfermedad por el virus de Marburg, en todos los distritos afectados, incluido el rastreo de contactos y la búsqueda activa de casos.
- Se deben implementar y/o fortalecer medidas críticas de PCI en todos los establecimientos de atención médica, según la [directriz de la OMS para la prevención y el control de infecciones en el caso de la enfermedad por el virus del Ébola y la enfermedad por el virus de Marburg](#). Los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con enfermedad viral confirmada o sospechosa deben aplicar [precauciones basadas en la transmisión](#) además de las [precauciones estándar](#), incluido el uso apropiado de equipo de protección personal e higiene de manos de acuerdo con los [5 momentos de la OMS](#) para evitar el contacto con la sangre y otros fluidos corporales del paciente y con superficies y objetos contaminados. Los desechos generados en los establecimientos de atención de salud deben separarse, recolectarse, transportarse, almacenarse, tratarse y eliminarse finalmente de manera segura. Se deben seguir las pautas, reglas y regulaciones nacionales para la eliminación segura de desechos o las [pautas de la OMS sobre la gestión segura de desechos](#).
- Las actividades de atención al paciente deben llevarse a cabo en un entorno limpio e higiénico que facilite las prácticas relacionadas con la prevención y el control de las infecciones asociadas a la atención de la salud, como se describe en las [Normas esenciales de salud ambiental en la atención de la salud](#). En los centros de atención de la salud se debe proporcionar agua potable, saneamiento adecuado e infraestructura y servicios de higiene.
- Se debe implementar una estrategia integral para gestionar a las personas fallecidas en las comunidades. Se deben realizar entierros seguros y dignos, con una fuerte participación de las comunidades.
- Se deben implementar evaluaciones cualitativas rápidas para recopilar datos socioconductuales, que luego puedan utilizarse para orientar la respuesta.
- Los resultados de encuestas telefónicas sobre conocimientos, actitudes y prácticas y otras encuestas deben integrarse en la estrategia de respuesta y las intervenciones.
- Es necesaria la realización oportuna de pruebas de laboratorio de todos los casos sospechosos y respaldarla con un sistema de transporte de muestras confiable.
- La OMS alienta el intercambio de datos de secuenciación genómica para fundamentar la respuesta de salud pública.
- Se deben fortalecer las capacidades de preparación y respuesta en materia de salud fronteriza en los puntos de ingreso y en las comunidades limítrofes con las zonas que notifican casos de enfermedad por el virus de Marburg y a bordo de los medios de transporte, y se debe brindar asesoramiento de salud pública a los viajeros de acuerdo con las [directrices provisionales de la OMS sobre consideraciones para la salud fronteriza y los puntos de ingreso en caso de brotes de enfermedad por filovirus](#).

- La OMS alienta a todos los países a enviar las primeras muestras que den positivo para el virus de Marburg y un subconjunto de muestras negativas a un centro colaborador de la OMS o a un laboratorio de referencia regional para realizar comparaciones entre laboratorios.
- La OMS recomienda que se recopilen sistemáticamente datos clínicos de casos sospechosos y confirmados de enfermedad por el virus de Marburg para mejorar la limitada comprensión de la evolución clínica y las causas directas y los factores de riesgo de los malos resultados. Esto se puede hacer aportando datos anónimos a la [Plataforma clínica mundial de la OMS](#) sobre fiebres hemorrágicas virales.
- La OMS recomienda que todos los pacientes con enfermedad por el virus de Marburg reciban atención integral que incluya cuidados de apoyo optimizados, incluidos cuidados críticos y servicios de salud mental en un centro de tratamiento diseñado para una atención óptima al paciente y una experiencia centrada en el paciente con medidas de bioseguridad como flujo unidireccional de pacientes y personal y servicios de WASH en su lugar.

En función de la evaluación de riesgos actual, la OMS recomienda no aplicar restricciones a los viajes ni al comercio con Ruanda en este momento.

La enfermedad por el virus de Marburg es una enfermedad muy virulenta que puede causar fiebre hemorrágica y es clínicamente similar a la enfermedad por el virus del Ébola. Los virus de Marburg y del Ébola son miembros de la familia Filoviridae (filovirus). Las personas se infectan con el virus de Marburg cuando entran en contacto cercano con murciélagos *Rousettus*, un tipo de quiróptero frugívoro, que puede transmitir el virus y que a menudo se encuentran en minas o cuevas. El virus de Marburg luego se propaga entre las personas a través del contacto directo (a través de la piel lesionada o las membranas mucosas) con la sangre, secreciones, órganos u otros fluidos corporales de personas infectadas, y con superficies y materiales (por ejemplo, ropa de cama, prendas de vestir) contaminados con estos fluidos. Los trabajadores de la salud se han infectado anteriormente mientras trataban a pacientes con enfermedad por el virus de Marburg sospechosa o confirmada. Las ceremonias funerarias que implican el contacto directo con el cuerpo del fallecido también pueden contribuir a la transmisión del virus de Marburg.

El período de incubación varía de dos a 21 días. La enfermedad causada por el virus de Marburg comienza de forma abrupta, con fiebre alta, dolor de cabeza intenso y malestar general intenso. Al tercer día puede aparecer diarrea acuosa intensa, dolor y calambres abdominales, náuseas y vómitos. Aunque no todos los casos presentan signos hemorrágicos, pueden aparecer manifestaciones hemorrágicas graves entre cinco y siete días después del inicio de los síntomas, y los casos mortales suelen presentar algún tipo de hemorragia, a menudo en varias zonas. En los casos mortales, la muerte se produce con mayor frecuencia entre ocho y nueve días después del inicio de los síntomas, generalmente precedida por una pérdida de sangre grave y un shock. Actualmente no existe ningún tratamiento o vacuna aprobados para la enfermedad de Marburg. Algunas vacunas y terapias candidatas están actualmente en investigación.

Hasta ahora se han notificado diecisiete brotes de enfermedad por el virus de Marburg en todo el mundo. Los brotes más recientes se notificaron en Guinea Ecuatorial y Tanzania entre febrero y junio de 2023. Otros países que notificaron anteriormente brotes en la región africana son Angola, República Democrática del Congo, Ghana, Guinea, Kenia, Sudáfrica y Uganda.

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.