



9 DE DICIEMBRE  
2024  
REC 2.886

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza

## AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la fiebre de Oropouche
- Estados Unidos: Arizona reporta dos casos humanos de influenza aviar A(H5) en el condado de Pinal
- México: Al menos 13 niños muertos en hospitales a causa de infecciones por *Klebsiella oxytoca*

## EL MUNDO

- África: La OMS observa por primera vez señales positivas en la lucha contra la epidemia de mpox
- China: Brote escolar de infecciones por *Escherichia albertii* en Zhejiang
- Reino Unido: El país enfrenta una 'cuádruple epidemia' de urgencias ante la llegada del invierno
- República Democrática del Congo: Ya son 406 las personas afectadas por una enfermedad desconocida
- Rusia: Aumentaron los casos de opistorquiosis en el territorio de Krasnoyarsk
- Sierra Leona: Primer país en lanzar una vacunación preventiva contra el Ébola a nivel nacional
- Sierra Leona: Reportan un caso de fiebre hemorrágica viral en Kono
- Tailandia: Advierten de un aumento de casos de melioidosis, con 120 infecciones registradas
- Vietnam: Caso humano de influenza aviar A(H5)
- Vietnam: Más de 19.000 casos de sarampión en las provincias y ciudades del sur

### 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

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

### Adherentes



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

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

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

01/12/2024

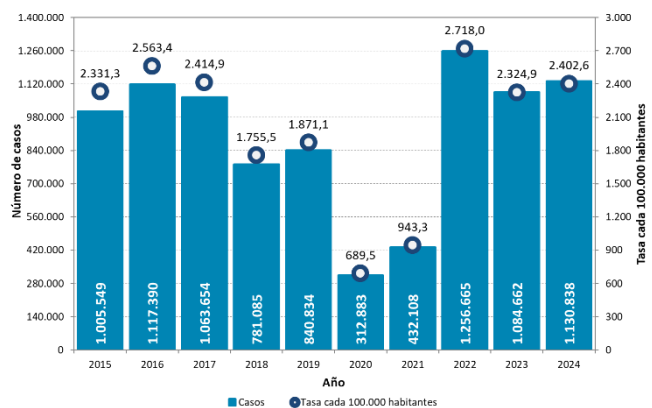
En el año 2024, hasta la semana epidemiológica (SE) 46, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) 1.130.838 casos de enfermedad tipo influenza, con una tasa de incidencia acumulada de 2.402,6 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos del periodo 2015/2024, se observa que el mayor número de casos se registró en 2022 (1.256.665 casos). El número de casos notificados en 2024 es sólo menor al de 2022, en el periodo analizado.

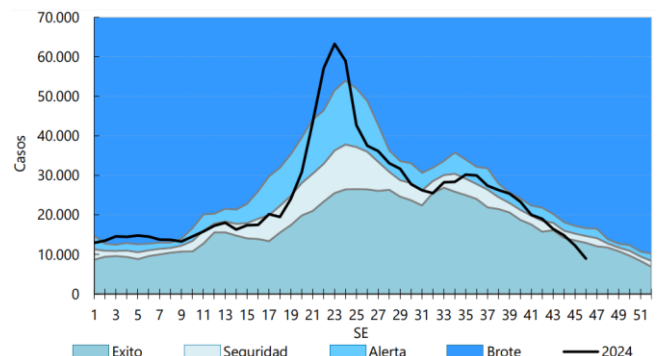
Los casos notificados presentan un ascenso en las primeras SE de 2024, alcanzando niveles de brote entre las SE 2 y 8. Luego descienden, y se ubican en niveles de seguridad, permaneciendo en esta zona y la de alerta hasta la SE 21, con tendencia ascendente desde la SE 10, más pronunciada desde la SE 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 las zonas de seguridad y alerta entre las SE 35 y 42, y luego los casos descienden, permaneciendo en los niveles esperados desde la SE 45.

### Vigilancia en UMAs

En el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs) se analizaron desde el inicio de 2024, mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 6.994 muestras, de las que 1.360 resultaron positivas (positividad de 19,45%). Si bien las muestras estudiadas registran un descenso de 10,40% en 2024 respecto del mismo período de 2023, se verifican 91,82% más detecciones de influenza, lo que evidencia la mayor circulación durante el año en curso en el período analizado.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015-2024, hasta semana epidemiológica 46. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



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

Aun cuando a lo largo de 2024 se registraron casos de influenza en UMAs durante todas las SE, entre las SE 16 y 28 se verificó un ascenso estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE 21 y 24 (con un máximo de 166 casos en la SE 23). Este ascenso estuvo asociado a la detección de influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE 31, concomitante con el descenso de casos de influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de influenza B del linaje Victoria.

En las SE 46 y 47 de 2024 se detectaron seis casos de influenza entre las 83 muestras analizadas.

En relación con las muestras positivas para virus influenza (1.360) en 2024, 950 (69,85%) correspondieron a influenza A y 410 (30,15%) a influenza B. Respecto de los virus influenza A, 271 muestras cuentan con subtipificación, de las que 257 fueron influenza A(H3N2) y 14 influenza A(H1N1)pdm09. Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA, 45 fueron identificados como influenza B Victoria; el resto no cuenta con identificación de linaje.

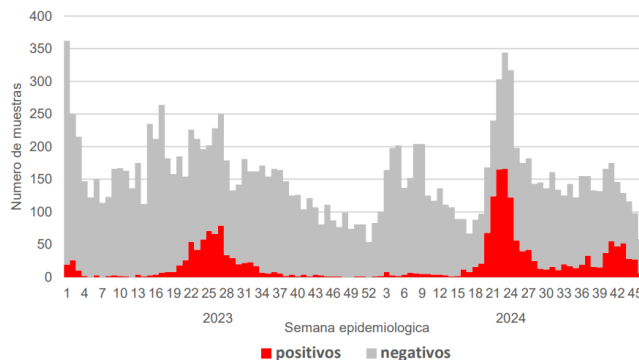
En lo que va del año 2024, los casos de influenza en UMAs se detectaron en todos los grupos etarios, con el mayor número de muestras positivas en el grupo de 25 a 34 años, seguido por los grupos de 15 a 24 años, 45 a 64 años y 35 a 44 años.

## Vigilancia en pacientes hospitalizados

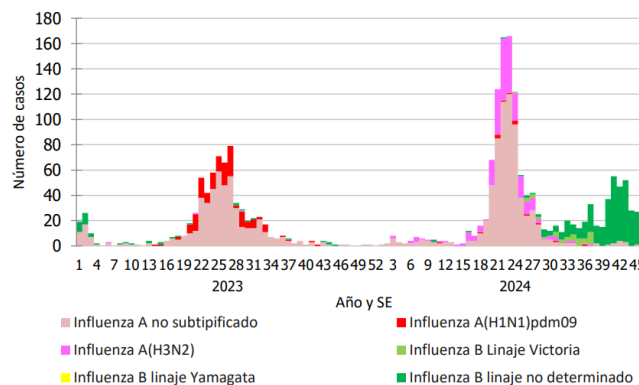
En 2024, hasta la SE 47, se registraron 6.156 detecciones positivas para virus influenza en pacientes internados. Esto representa un ascenso de 101,64% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2023.

A partir de la SE 16 se registró un incremento de las detecciones de influenza en hospitalizados, que alcanzan su máximo en la SE 23 (934 casos) y posteriormente descienden. El 81% de los casos notificados en el año se concentraron entre las SE 18 y 30, fundamentalmente a expensas de influenza A(H3N2). Desde la SE 31 se registró un menor número de casos, con detecciones tanto de influenza A como B, aunque con predominio de influenza B desde la SE 32 en adelante. En la SE 47 de 2024 se registraron siete casos de influenza en personas hospitalizadas.

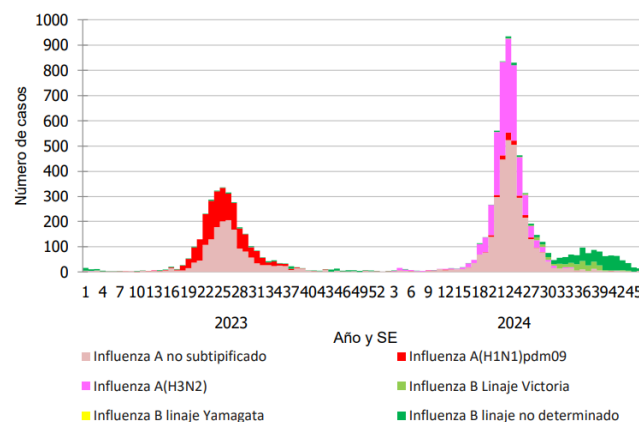
Entre las 6.156 detecciones de influenza, 5.212 (84,67%) fueron influenza A y 944 (15,33%) influenza B. Respecto de los virus influenza A, 2.057 muestras cuentan con subtipificación, de las



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 47 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 el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2023 a 47 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

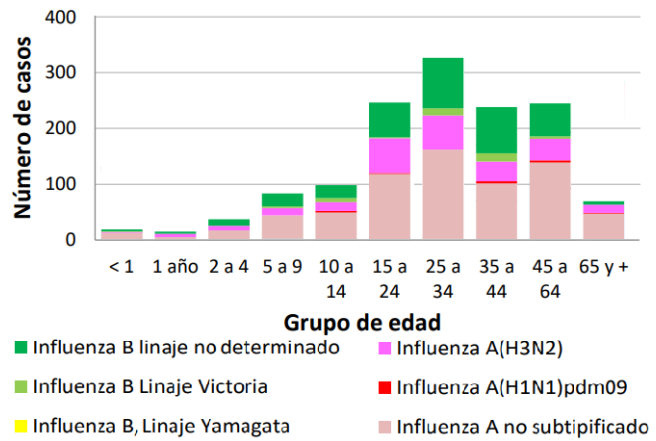


Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes, en casos hospitalizados. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2023 a 47 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

cuales 1.938 (94,21%) correspondieron a influenza A (H3N2), y las 119 muestras restantes (5,79%) fueron identificadas como influenza A(H1N1)pdm09. En relación a la influenza B, 243 muestras fueron 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 5 a 9 años y en el grupo de 45 a 64 años.

En el año 2024, hasta la SE 47, se notificaron 184 fallecimientos con diagnóstico de influenza.



Distribución de casos de influenza según tipos, subtipos y linajes, por grupos etarios, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios. Argentina. Año 2024, hasta semana epidemiológica 47. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Desde [el último informe](#) sobre el brote de fiebre de Oropouche, publicado el 23 de agosto de 2024 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), otros tres países y un territorio –Ecuador, Guyana y Panamá– notificaron casos confirmados de la enfermedad en la Región de las Américas. Además, se notificaron casos importados en Cayman Islands, Canadá, Estados Unidos y algunos países de la Región Europea.

En 2024, hasta el 25 de noviembre, se notificaron 11.634 casos confirmados de fiebre de Oropouche, incluidas dos muertes, en la Región de las Américas: Brasil (9.563 casos, incluidas dos muertes), Perú (936 casos), Cuba (603 casos), Bolivia (356 casos), Estados Unidos (94 casos importados), Colombia (74 casos), Canadá (dos casos importados), Ecuador (dos casos), Guyana (dos casos), Cayman Islands (un caso importado) y Panamá (un caso). Además, se han notificado casos importados en países de la Región de Europa (30 casos).

En Brasil y Cuba se han notificado casos y consecuencias de transmisión vertical de la infección por el virus de Oropouche. Brasil confirmó tres casos de transmisión vertical (dos casos de muerte fetal y un caso de anomalía congénita) e informó que se están investigando 15 muertes fetales, cinco abortos espontáneos y tres casos de anomalías congénitas. Además, en septiembre, Cuba confirmó un caso de anomalía congénita y se están investigando otros dos casos.

A continuación, se presenta un resumen de la situación en los países que han notificado casos confirmados en las Américas hasta el 25 de noviembre de 2024.

- **Bolivia:** En 2024, hasta el 5 de octubre, se confirmaron 356 casos mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Se ha notificado transmisión en tres departamentos: La Paz (268 casos; 75,3%), Beni (76 casos; 21,3%) y Pando (12 casos; 3,4%). Se notificaron casos en 16 municipios considerados endémicos para esta enfermedad, con la mayor proporción de casos notificados en los municipios de Irupana (La Paz; 33% de los casos), La Asunta (La Paz; 13%), Chulumani (La Paz; 12%) y Guayaramerín (Beni; 12%).

La mitad de los casos son de sexo femenino (179 casos) y el grupo de edad con mayor número de casos es el de 30 a 39 años, que representa 20% de los casos (70 casos). No se han registrado muertes asociadas a la infección por el virus de Oropouche. Además, entre el 23 de marzo y el 13 de abril de 2024, se notificaron diez casos de coinfección por los virus de Oropouche y Dengue en pacientes de tres municipios del departamento de La Paz, todos ellos positivos para dengue mediante RT-PCR con serotipificación de DENV-1 (dos casos) y DENV-2 (ocho casos).

- **Brasil:** En 2024, hasta el 25 de noviembre, se confirmaron 9.563 casos mediante RT-PCR. La mayoría de los casos se notificaron en municipios de los estados del norte; sin embargo, hasta la fecha, se han notificado casos en 22 de los 27 estados del país. La región amazónica, zona considerada endémica para el virus de Oropouche, representa 70% de los casos notificados en el país, con siete estados notificando casos: Amazonas (3.231 casos), Rondônia (1.711), Roraima (277), Acre (273), Pará (157), Amapá (128) y Tocantins (8). Además, se ha documentado transmisión autóctona en 15 estados no amazónicos, algunos de los cuales no habían notificado casos anteriormente: Espírito Santo (1.763 casos), Bahia (889), Ceará (249), Minas Gerais (194), Santa Catarina (178), Pernambuco (144), Rio de Janeiro (116), Alagoas (116), Sergipe (34), Maranhão (33), Piauí (30), Mato Grosso (18), São Paulo (8), Paraíba (5) y Mato Grosso do Sul (1).

Más de la mitad de los casos (52%; 4.995) son hombres y el grupo de edad con mayor número de casos es el de 20 a 29 años, (21%; 1.963).

El Centro Focal Nacional para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil notificó dos casos fatales de infección por el virus de Oropouche detectados retrospectivamente en el estado de Bahia y seis casos están bajo investigación: uno en el estado de Paraná, con fuente probable de infección en el estado de Santa Catarina, dos en Espírito Santo, uno en Acre, uno en Alagoas y uno en Mato Grosso. Además, el 12 de agosto, Brasil notificó un caso de encefalitis asociada al virus de Oropouche. El caso es un hombre residente en el estado de Piauí. Al 16 de noviembre, se han confirmado tres casos de transmisión vertical: dos casos de muerte fetal: uno en Pernambuco y otro en Ceará; y un caso de anomalía congénita en Acre. En cuanto a los casos en investigación en el país, se han identificado 15 casos de muerte fetal en Pernambuco, tres casos de anomalía congénita en Acre (dos casos) y Bahia (un caso) y cinco abortos espontáneos en Pernambuco.

- **Colombia:** En 2024, hasta el 5 de octubre, se notificaron 74 casos confirmados en tres departamentos del país: Amazonas (70 casos), Caquetá (un caso) y Meta (un caso); además, se identificaron dos casos en viajeros procedentes de Tabatinga, Brasil. Los casos se identificaron mediante una estrategia retrospectiva de búsqueda de casos de laboratorio implementada en 2024 por el Instituto Nacional de Salud de Colombia basada en la vigilancia del dengue (38 casos) y mediante la investigación de casos de síndrome febril (36 casos). Más de la mitad de los casos (51,4%; 38 casos) fueron mujeres y el grupo de edad con mayor número de casos fue el de 10 a 19 años, (36,5%; 27 casos). No se han registrado muertes asociadas a la infección por el virus de Oropouche.

Se reportaron seis casos de coinfección con dengue en el departamento de Amazonas, cuatro en el municipio de Leticia (dos con DENV-1 y dos con DENV-2), uno en el municipio de Puerto Nariño (DENV-3), y en el departamento del Meta, uno en el municipio de Guamal (DENV-4). En cuanto a la vigilancia de casos de transmisión vertical y sus consecuencias, hasta el 3 de octubre se han identificado dos casos de fiebre de Oropouche en gestantes, ambas de Leticia, de 18 años (inicio de síntomas a las 29 semanas de gestación) y 22 años (inicio de síntomas a las 34 semanas de gestación), respectivamente. Ambas evolucionaron favorablemente y sus hijos nacieron sin complicaciones. Hasta la fecha, ninguno de los lactantes presenta evidencia de anomalías congénitas, síndromes neurológicos o trastornos del neurodesarrollo.

- **Cuba:** Entre el 27 de mayo y el 25 de noviembre de 2024 se notificaron 603 casos confirmados. Se continúa identificando casos mediante la vigilancia del síndrome febril inespecífico, registrándose casos en 109 municipios de las 15 provincias del país. Las provincias de La

Habana (174 casos), Santiago de Cuba (75 casos), Pinar del Río (47 casos) y Cienfuegos (39 casos) concentraron 55% de los casos confirmados.

Más de la mitad de los casos fueron mujeres (55%; 331) y la mayor proporción de casos se registró en el grupo de edad de 19 a 54 años (53%; 320). El 19 de septiembre, Cuba notificó tres casos de síndrome de Guillain-Barré asociado con el virus de Oropouche. Los tres casos, dos mujeres y un hombre de 51, 53 y 64 años respectivamente, presentaron inicio de síntomas en junio. Los casos son residentes de la provincia de Santiago de Cuba, en los municipios de San Luis (un caso) y Santiago de Cuba (dos casos). Se recogieron muestras de suero, líquido cefalorraquídeo y orina que dieron positivo para virus de Oropouche mediante RT-PCR.

Se identificaron siete casos de fiebre de Oropouche en mujeres embarazadas, dos de las cuales dieron a luz a bebés vivos sin que se detectara ninguna anomalía congénita. Por otra parte, se han identificado tres casos de anomalías congénitas del sistema nervioso central con sospecha de etiología infecciosa a través del servicio nacional de referencia prenatal, de los cuales uno se sometió a pruebas virológicas con un resultado positivo para virus de Oropouche en sangre del corazón fetal; los otros dos casos están bajo investigación.

- **Ecuador:** En 2024, hasta el 5 de octubre, se notificaron dos casos confirmados por laboratorio, que se detectaron durante un análisis retrospectivo de muestras negativas para dengue por parte del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública. El primer caso se presentó en una persona de 62 años de la provincia de Bolívar que desarrolló síntomas el 11 de junio. El segundo caso se presentó en una persona de 36 años de la provincia de Los Ríos, que desarrolló síntomas el 17 de julio. Ambos pacientes no tienen antecedentes de viajes recientes. Ninguno de los casos requirió hospitalización y se han recuperado completamente.
- **Guyana:** Entre el 8 y el 14 de septiembre de 2024, se notificaron dos casos confirmados por laboratorio, la primera detección de la fiebre de Oropouche en el país. El primer caso fue un hombre de 47 años que presentó síntomas el 21 de agosto. El caso buscó atención médica el 24 de agosto. Se recogieron muestras de sangre y la prueba RT-PCR realizada el 3 de septiembre dio positivo para el virus de Oropouche. El segundo caso notificado fue el de un hombre de 42 años que presentó síntomas el 2 de septiembre. El caso buscó atención médica el 3 de septiembre. Se recogieron muestras de sangre y la prueba RT-PCR realizada el 7 de septiembre dio positivo para el virus de Oropouche. Ambos casos habían residido en la misma zona geográfica en la región de Mahaica-Berbice, durante al menos 14 días antes de la aparición de los síntomas y ninguno informó antecedentes de viaje.
- **Panamá:** El 15 de noviembre de 2024, el Centro Focal Nacional para el Reglamento Sanitario Internacional de Panamá notificó el primer caso de 2024. El caso fue confirmado por el laboratorio del Instituto Conmemorativo 'Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud, en Panamá. El caso tiene entre 30 y 35 años de edad y es de la provincia de Coclé, con antecedentes de viajes recientes dentro del país. El caso notificó el inicio de los síntomas el 27 de agosto y se le diagnosticó dengue sospechoso. No requirió hospitalización y se recuperó en su domicilio. Este caso se detectó a través de la estrategia de vigilancia de laboratorio, que implicó analizar una muestra de un paciente con síntomas similares a los del dengue que inicialmente dio negativo en la prueba para DENV. El 15 de noviembre, se le confirmó la infección por el virus de Oropouche mediante RT-PCR. Aunque se recuperó, el caso está actualmente bajo investigación, ya que aún no se ha determinado el sitio exacto de exposición y transmisión.

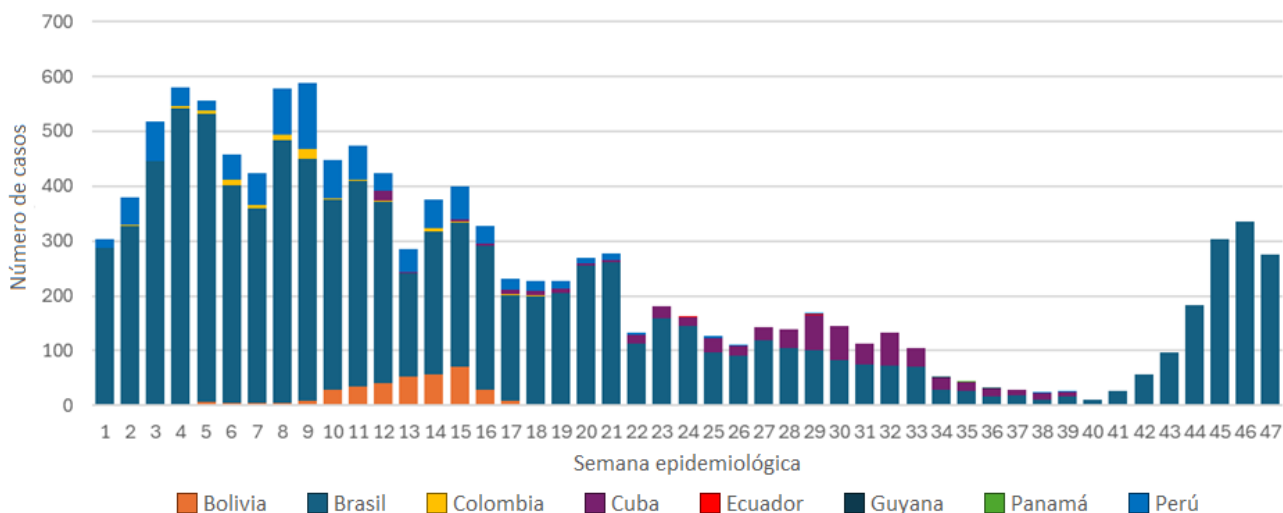


- **Perú:** En 2024, hasta el 5 de octubre de 2024, se han notificado 936 casos confirmados en ocho departamentos del país. Los departamentos son Loreto (466 casos), Madre de Dios (312), Ucayali (138), Huánuco (15), Junín (2), Tumbes (1), San Martín (1) y Puno (1). Más de la mitad de los casos (51%; 476 casos) fueron varones, y el grupo de edad con mayor número de casos fue el de 30 a 39 años (37%; 348 casos). No hubo muertes ni informes de posible transmisión vertical en el país.

## Casos importados en países y territorios no endémicos

- **Canadá:** En 2024, hasta el 21 de septiembre, se confirmaron dos casos con antecedentes de viajes a Cuba.
- **Cayman Islands:** El 16 de septiembre de 2024, la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA) confirmó un caso importado de fiebre de Oropouche en una mujer adulta de Cayman Islands que había viajado a Cuba. La paciente presentó síntomas, incluidos fiebre y dolor muscular, el 10 de agosto después de regresar. La prueba inicial para el virus de Oropouche en Cayman Islands dio positivo el 12 de agosto y se confirmó en el laboratorio de referencia de la CARPHA a partir de una muestra de convaleciente recolectada el 15 de agosto.
- **Estados Unidos:** Hasta el 8 de octubre de 2024, se habían identificado 94 casos importados, en los estados de Florida (90 casos), California (1), Colorado (1), Kentucky (1) y New York (1). La mediana de edad de los casos fue de 51 años (rango de 6 a 94 años) y 48% eran mujeres. Tres casos fueron hospitalizados. Dos de los casos presentaron enfermedad neuroinvasiva, no se reportaron muertes y todos los casos tenían antecedentes de viajes a Cuba.

Además, entre el 2 de junio y el 20 de julio de 2024, se han identificado 30 casos importados en tres países de la Región Europea de la OMS: Alemania (tres casos), España (21 casos) e Italia (seis casos); 20 de estos casos tenían antecedentes de viaje a Cuba y uno a Brasil, estos casos son de los primeros casos registrados en esta región.



Casos confirmados de fiebre de Oropouche, según país y semana epidemiológica de inicio de los síntomas. Región de las Américas. Año 2024. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

## Respuesta de salud pública

- Se han emitido alertas y actualizaciones epidemiológicas para alertar a los Estados Miembros y recomendar acciones a implementar. También se ha difundido información a través de seminarios web regionales y nacionales para el personal de salud.
- Se han elaborado y difundido algoritmos para realizar pruebas de laboratorio. Se ha impartido capacitación sobre pruebas moleculares (RT-PCR) y caracterización (secuenciación del



genoma completo) mediante talleres o asistencia a distancia, y se han distribuido reactivos esenciales. Como resultado de los esfuerzos regionales y nacionales, se dispone de capacidad para realizar pruebas moleculares en 23 de los 33 países de América Latina y el Caribe. La OMS está trabajando para ampliar estas capacidades según sea necesario.

- Se revisó la información clínica disponible para recomendar definiciones de casos provisionales (sospechoso, probable y confirmado, transmisión vertical).
- Se creó un espacio de colaboración virtual a nivel regional para desarrollar análisis epidemiológicos de la enfermedad.
- Se han redactado y compartido protocolos de investigación genéricos para la caracterización de los resultados del embarazo en bebés de personas embarazadas expuestas al virus de Oropouche.
- Los expertos de la OMS están brindando apoyo en los países que están experimentando brotes.
- Se desarrolló y publicó una guía provisional sobre vigilancia entomológica y medidas de prevención para los vectores del virus de Oropouche.
- Se realizó del 18 al 22 de noviembre de 2024 en la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' en Manaus, Brasil, un taller regional sobre biología, ecología y vigilancia de insectos del género *Culicoides* (Diptera: Ceratopogonidae), vectores del virus de Oropouche en las Américas, con participación de ocho países.

## **Evaluación de riesgos de la OMS**

En la Región de las Américas, históricamente se han producido brotes de fiebre de Oropouche en la región amazónica. Se han notificado numerosos brotes de la enfermedad en comunidades rurales y urbanas de Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Panamá, Perú y Trinidad and Tobago.

El brote en curso pone de relieve la necesidad de reforzar la vigilancia epidemiológica y entomológica y de reforzar las medidas preventivas en la población. Esto es crucial debido a la ampliación del área de transmisión del virus y a la creciente necesidad de comprender mejor el espectro de la enfermedad, incluidas las posibles nuevas vías de transmisión y los nuevos vectores que podrían afectar tanto a la población general como a grupos vulnerables, como las mujeres embarazadas, sus fetos y los recién nacidos.

Basándose en la información disponible, la OMS considera que el riesgo general que plantea este virus para la salud pública es alto a nivel regional y bajo a nivel mundial.

## **Consejos de la OMS**

La proximidad de los lugares de cría de los mosquitos vectores a las viviendas humanas es un factor de riesgo importante para la infección por el virus de Oropouche. Las estrategias de prevención se basan en medidas de control contra los vectores artrópodos y en medidas de protección personal. Las medidas de control de los vectores se basan en la reducción de las poblaciones de mosquitos mediante el control de los lugares de cría, lo que se logra reduciendo el número de hábitats naturales y artificiales llenos de agua que sustentan las larvas de mosquitos, reduciendo así las poblaciones de mosquitos adultos alrededor de las comunidades en riesgo. Las medidas de protección personal se basan en la prevención de las picaduras de mosquitos mediante barreras mecánicas (mosquiteros), dispositivos repelentes de insectos, ropa

tratada con repelentes y repelentes de mosquitos. Se ha demostrado que los insecticidas químicos como la deltametrina y la N,N-dietil-meta-toluamida (DEET) son eficaces para proporcionar protección contra las picaduras de las especies *Culicoides* y *Culex*.

Dada su presentación clínica y considerando que se inicia la temporada de arbovirosis en el Cono Sur de la Región de las Américas, fortalecer la vigilancia epidemiológica (incluyendo datos de salud materna y defectos congénitos) y entomológica, siendo esencial el diagnóstico de laboratorio para confirmar los casos, caracterizar el brote y monitorear las tendencias de la enfermedad.

Por tratarse de un arbovirus emergente y poco identificado en las Américas, la detección de una muestra positiva y la confirmación de un caso requiere la utilización del Anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional y su consecuente notificación a través de los canales establecidos del Reglamento Sanitario Internacional.

La OMS desaconseja aplicar ninguna restricción a los viajes o al comercio basándose en la información actual disponible sobre este evento.

---

La fiebre de Oropouche es una enfermedad arboviral causada por el virus de Oropouche, un virus ARN monocatenario segmentado que forma parte del género *Orthobunyavirus* de la familia *Peribunyaviridae*. Se ha descubierto que el virus circula en América Central y del Sur y el Caribe. El virus puede transmitirse a los humanos principalmente a través de la picadura del jején *Culicoides paraensis*, que se encuentra en áreas boscosas y alrededor de cuerpos de agua, o ciertos mosquitos *Culex quinquefasciatus*. Se sospecha que la circulación viral incluye tanto ciclos epidémicos urbanos como selváticos. En el ciclo selvático, los primates, los perezosos y quizás las aves son huéspedes vertebrados, pero no se ha identificado un vector artrópodo definitivo. En el ciclo epidémico urbano, los humanos son el huésped amplificador y el virus se transmite principalmente a través de la picadura del jején *Culicoides paraensis*. Se ha documentado transmisión vertical en Brasil y Cuba y se están investigando más a fondo algunos casos. Hasta la fecha, no hay evidencia de otros modos de transmisión del virus de Oropouche de persona a persona.

Los síntomas de la enfermedad son similares a los del dengue y comienzan entre cuatro y ocho días (entre tres y doce) después de la picadura infecciosa. El inicio es repentino, generalmente con fiebre, dolor de cabeza intenso, rigidez de las articulaciones, dolor, escalofríos y, a veces, náuseas y vómitos persistentes, durante hasta siete días. Hasta 60% de los casos tienen una recaída de los síntomas después de que cesa la fiebre. La mayoría de los casos se recuperan en siete días; sin embargo, en algunos pacientes, la convalecencia puede durar semanas. La presentación clínica grave es rara, pero puede resultar en meningitis aséptica durante la segunda semana de la enfermedad.

No existe un tratamiento antiviral específico ni una vacuna contra la enfermedad. Una publicación reciente describe la presencia del virus de Oropouche con capacidad de replicación en fluidos corporales como sangre, suero, orina e incluso semen, encontrados en muestras de un paciente diagnosticado con la enfermedad al regresar a Italia después de un viaje a Cuba. El virus fue detectado en cultivos hasta 16 días después del inicio de los síntomas. Sin embargo, los resultados no son concluyentes para confirmar la transmisión sexual de la enfermedad y no ha habido reportes de este tipo de transmisión.

El Departamento de Servicios de Salud de Arizona informó sobre los primeros casos humanos de influenza aviar A(H5) en el estado. Ambas personas estuvieron expuestas a aves de corral infectadas mientras trabajaban en un establecimiento comercial en el condado de Pinal. Estas personas informaron síntomas leves, recibieron tratamiento y se recuperaron.

Se ha detectado influenza aviar en Arizona, incluida una granja avícola comercial en el condado de Pinal y una parvada de traspatio en el condado de Maricopa. La mayoría de las infecciones humanas por el virus A(H5) se han producido tras una exposición sin protección a animales infectados enfermos o muertos o a su entorno. Las infecciones humanas con el virus A(H5) pueden ocurrir cuando el virus entra en contacto con los ojos, la nariz o la boca de una persona o se inhala tras una exposición cercana o prolongada a animales enfermos o a su entorno.

La infección por el virus de la influenza aviar A(H5) en las personas puede ser desde leve (síntomas en las vías respiratorias superiores, conjuntivitis) hasta grave (neumonía, insuficiencia multiorgánica y muerte). Hasta la fecha, no hay pruebas de que se esté produciendo una transmisión del virus A(H5) entre personas. El riesgo para la población en general a causa del virus A(H5) sigue siendo bajo.

Arizona sigue tomando medidas rápidas e integrales en respuesta a cualquier detección de influenza aviar en el estado, en concreto:

- Trabajar con socios locales, estatales y federales para monitorear la influenza aviar en animales de granja y personas que trabajan de cerca con aves de corral y vacas lecheras.
- Distribuir equipos de protección a los trabajadores agrícolas que tienen contacto con animales infectados.
- Ayudar a garantizar que las personas con síntomas o exposición a la influenza aviar tengan acceso a pruebas y tratamiento; brindar tratamiento profiláctico a las personas que puedan haber estado expuestas a la influenza aviar.
- Realizar esfuerzos oportunos de educación pública para garantizar que las personas afectadas tengan información sobre la influenza aviar.

La influenza aviar A(H5) afecta principalmente a las aves. Aunque las infecciones humanas son poco frecuentes, la exposición a animales infectados con influenza A(H5) o a entornos en los que han estado presentes animales infectados aumenta el riesgo de que las personas se infecten.

Para reducir el riesgo de infección, las personas deben evitar el contacto sin protección con animales enfermos o muertos y sus excrementos o ropa de cama, y no deben consumir productos lácteos no pasteurizados.

Al menos 13 niños han fallecido en hospitales del Estado de México por un posible contagio con la bacteria *Klebsiella oxytoca*. Las autoridades sanitarias apuntan a que el brote está relacionado con la contaminación de la solución intravenosa de nutrición parenteral total (NPT), un método de alimentación a través del torrente sanguíneo para pacientes que no pueden ingerir alimentos. Los fallecidos tenían entre 0 y 14 años y estaban ingresados con alguna comorbilidad. Otros siete menores, la mayoría de ellos recién nacidos, permanecen hospitalizados con síntomas similares. En total, el número de casos positivos asciende a 20, otros cuatro se encuentran en observación y uno ya ha sido descartado.



Trabajadores del sector salud trasladan a un bebé en el Instituto de Salud del Estado de México, en Toluca.

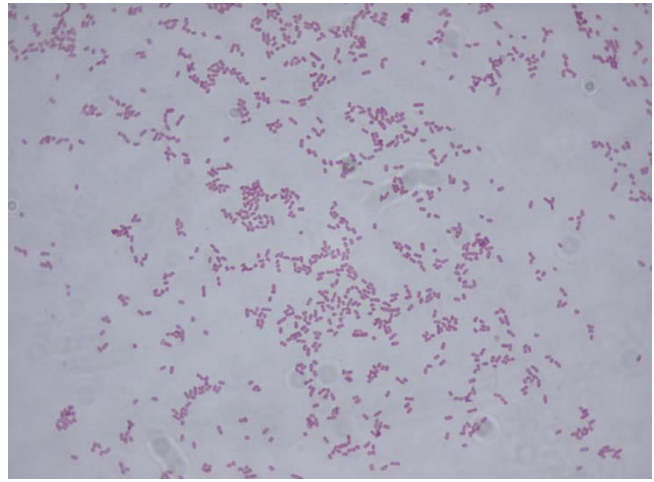
La Secretaría de Salud investiga las causas exactas de la muerte de los menores, aunque todo apunta al contagio por la bacteria. “De los 20 casos, se registraron 13 defunciones de pacientes que presentaban comorbilidades por lo que se encuentran en proceso de dictaminación para determinar si la causa de muerte está asociada a la infección por *Klebsiella oxytoca* resistentes a múltiples fármacos”, explicó la dependencia en un comunicado.

Las autoridades sanitarias emitieron el 3 de diciembre una [alerta epidemiológica para todos los hospitales del país](#). Salud no descarta que el foco de la infección pueda encontrarse en los insumos relacionados con la aplicación de la NPT, por lo que extendió la advertencia a todas las unidades médicas, de vigilancia epidemiológica y de regulación y riesgos sanitarios del Sistema Nacional de Salud. “Tras recibir la notificación oportuna de las autoridades del Estado de México ante la identificación de un posible vínculo entre los casos de los diferentes hospitales, el 29 de noviembre, las Secretaría de Salud del Gobierno de México y la estatal procedieron a instalar de inmediato el Comando de Gestión de Incidentes en Salud Pública para investigar el brote”, explicó la Secretaría.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), por su parte, emitió otra alerta para informar a los profesionales de la salud sobre la inmovilización de manera preventiva y la suspensión del uso de soluciones intravenosas de nutrición parenteral preparadas a partir del 21 de noviembre por la empresa SAFE, con razón social Productos Hospitalarios S.A. de C.V. “Los análisis en curso buscan identificar la fuente del brote y se mantiene un monitoreo permanente para descartar posibles brotes en otras entidades”, detalló la COFEPRIS, aunque las autoridades no descartan otras hipótesis de cómo pudo suceder el contagio. Hasta el momento se desconoce el alcance de la contaminación y si podría llegar a otros Estados. El primer foco fue detectado en tres hospitales públicos y una clínica privada del Estado de México, pero podría haber más.

*Klebsiella oxytoca* suele encontrarse en el tracto gastrointestinal de humanos, animales o en el ambiente y puede causar infecciones graves en personas con sistemas inmunes debilitados,

como era el caso de los menores fallecidos. Los pacientes pediátricos y las personas con largos periodos de hospitalización son los más vulnerables a sufrir el ataque de una bacteria. En el caso de *Klebsiella*, el contagio sucede de manera intravenosa y no por vía aérea o a través de la piel. De hecho, las infecciones bacterianas comunes son la segunda causa de muerte en el mundo. En 2019, unos 7,7 millones de personas murieron por este tipo de contagios.



Fotografía microscópica de la bacteria *Klebsiella oxytoca*

Las infecciones provocadas por el patógeno suelen presentar fiebre alta y escalofríos, taquicardia, problemas para respirar o inflamación de todo el cuerpo como respuesta a una infección generalizada grave. “Las infecciones por *Klebsiella* son un problema de salud pública importante, principalmente en el ámbito hospitalario, debido a su frecuencia, gravedad y resistencia a los antibióticos, lo que hace que el tratamiento sea más difícil”, apuntaron desde la Secretaría de Salud.

La COFEPRIS señaló que están realizando investigaciones en los centros hospitalarios detectados para encontrar las causas, dando trazabilidad y rastreo de los insumos que puedan ser la fuente de las infecciones. Por su parte, la Secretaría de Salud, en coordinación con otras autoridades sanitarias, subrayó que continuarán con las investigaciones para “establecer la fuente del brote” y trabajarán de manera conjunta para “prevenir futuros eventos similares”.

La evolución de la epidemia de mpox en países de África central empezó a dar las primeras señales esperanzadoras desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara el pasado mes de agosto la [emergencia de salud pública de importancia internacional \(ESPII\)](#). “Si bien la mpox sigue siendo una amenaza mundial, en África estamos empezando a ver señales positivas de que los esfuerzos de respuesta están dando frutos”, resumió el 3 de diciembre Matshidiso Rebecca Natalie Moeti, directora de la oficina regional del organismo en el continente.



Un paciente se vacuna contra la mpox en Nigeria el pasado 25 de noviembre.

El anuncio llegó tras la [segunda reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional](#) celebrada el 22 de noviembre. Hasta el momento, según los datos disponibles, casi 15.000 personas han sido diagnosticadas con la enfermedad en una veintena de países africanos y se han producido 55 muertes, aunque los débiles sistemas sanitarios de la zona provocan que estas cifras estén por debajo de las reales, según todos los expertos.

La OMS destacó que los avances fueron posibles gracias a que “muchos países han fortalecido la vigilancia, la detección de casos (incluso en los puntos de ingreso durante los viajes), la prevención de infecciones (incluso mediante vacunación) y la prestación de atención y apoyo a las personas afectadas”. Los resultados conjuntos de “todos estos esfuerzos han contribuido a frenar la propagación del virus”, enfatizó Moeti.

Cuatro países –entre ellos Gabón, Guinea y Sudáfrica– no han reportado brotes activos de mpox, durante al menos seis semanas consecutivas desde el pasado mes de octubre, lo que les permitió entrar en la llamada “fase de control” (se activa cuando no ha habido nuevos casos reportados en los 42 días anteriores). Ghana, Zambia y Zimbabwe, por su parte, también entraron en esta situación el pasado 25 de noviembre.

La OMS declaró una [primera emergencia internacional por mpox en julio de 2022](#), después que el virus se extendiera prácticamente por todo el mundo. Nueve meses más tarde, sin embargo, el organismo [declaró el fin de esta medida tras registrar una gran caída del número de nuevos casos](#), que pese a todo sumaban entonces 87.000 diagnósticos y más de un centenar de muertes.

Este primer brote global estuvo causado por una forma del virus que aún circula en buena parte del globo y que ha sido considerada menos virulenta que la que actualmente azota África, aunque este es un asunto aún sujeto a debate científico. Posteriormente, la República Democrática del Congo registró desde el año pasado un aumento de casos causado por el clado Ib del patógeno, que es el que se propagó por el continente y es objeto de la actual declaración de ESPII, aún en vigor.

La República Democrática del Congo sigue siendo por lejos el país más afectado por la epidemia. La mpox se ha extendido a más de 80% de las zonas sanitarias (424 de 519) del país y actualmente Sud-Kivu, Tshuapa y Sankuru soportan la mayor carga de la enfermedad. La lucha contra ella se sigue viendo lastrada por las debilidades del Estado y las carencias materiales, lo que reduce la capacidad de diagnóstico e impone notables limitaciones logísticas. Por ejemplo, solo 37% de las muestras tomadas a pacientes pudieron ser analizadas en las tres semanas que abarcaron desde fines de octubre hasta la primera mitad de noviembre, lo que dejó a algunas provincias subrepresentadas en los datos de vigilancia y minó la respuesta.

“Debemos continuar nuestros esfuerzos en todas las áreas clave de respuesta al brote y fortalecer nuestros esfuerzos donde sea necesario”, destacó Moeti, quien, a pesar de poner en valor los avances logrados hasta el momento, insistió en que la situación “aún no está fuera de peligro”.

Actualmente, se están llevando a cabo campañas de vacunación en la República Democrática del Congo, Nigeria y Rwanda y también están en distintas fases de preparación planes de inmunización en otros países. Gracias al Mecanismo de Acceso y Asignación (AAM), [una iniciativa puesta en marcha por la OMS y sus asociados en septiembre](#), unas 900.000 dosis de vacuna han podido ser enviadas a los nueve países de la zona más afectados. Estos son República Centroafricana, Côte d’Ivoire, República Democrática del Congo, Kenya, Liberia, Nigeria, Rwanda, Sudáfrica y Uganda.

Los últimos datos disponibles muestran que, con fecha 27 de noviembre de 2024, 12 países todavía tenían transmisión activa del virus. Ocho de ellos –República Democrática del Congo, Burundi, República Centroafricana, Nigeria, Côte d’Ivoire, Liberia, Uganda y Kenya– registran brotes “sumamente preocupantes”. El 96% de los casos son diagnosticados en Burundi, República Democrática del Congo y Uganda.

“La solidaridad global y regional es clave. Es fundamental contar con más recursos y apoyo, especialmente para las comunidades y países que están sufriendo la peor parte del brote de mpox en África. Solo entonces podremos consolidar los logros y abordar los desafíos pendientes, ya sea en torno a la vigilancia o el acceso a las vacunas contra la mpox”, concluyó Moeti.

Hasta el pasado 27 de noviembre, un total de 14.669 casos confirmados por laboratorio y 55 muertes han sido registrados en África. Además, han sido identificados casos del clado Ib en el Reino Unido, Suecia, Alemania, Estados Unidos, Tailandia e India, todos ellos con vínculo epidemiológico con los países afectados, lo que según la OMS “resalta la necesidad urgente de abordar este brote en su epicentro para evitar una mayor propagación global”.



Una bacteria estrechamente relacionada con *Escherichia coli* provocó un brote en China en 2023, pero no se identificó la probable fuente de alimentos contaminados, según un reciente [estudio](#). Los investigadores creen que se trata del primer brote notificado de gastroenteritis atribuido a *Escherichia albertii* fuera de Japón.

Las infecciones por *E. albertii* suelen causar diarrea acuosa, dolor abdominal y fiebre, y la mayoría de los casos se resuelven sin complicaciones. Con frecuencia, se ha identificado erróneamente a *E. albertii* como *E. coli* enteropatógena o enterohemorrágica (EPEC o EHEC), lo que ha llevado a subestimar las infecciones.

En febrero de 2023, se informó de un brote en una escuela secundaria de Hangzhou, provincia de Zhejiang. En total, 22 de 770 estudiantes fueron identificados como casos sospechosos. El período de incubación de la infección osciló entre 24 y 43 horas.

Según la investigación epidemiológica, los 770 alumnos eran de tercer grado y habían consumido el mismo alimento un día de febrero en una empresa de catering. Lamentablemente, no se guardaron muestras del alimento para su análisis.

Se suspendieron las clases y los estudiantes fueron enviados a casa; solo los individuos que mostraban síntomas graves se inscribieron en el estudio.

### No se encontró una fuente probable de transmisión alimentaria

Se tomaron 16 muestras ambientales (incluidas muestras de superficies de escritorios, interiores de refrigeradores y salidas de dispensadores de agua) y 12 de muestras de alimentos suministradas en otros dos días de febrero.

Las comidas para los estudiantes de segundo y tercer año fueron entregadas por dos empresas de alimentos diferentes. Solo los estudiantes de tercer grado se vieron afectados por el brote. Los científicos dijeron que, aunque no se detectó *E. albertii* en las muestras de alimentos, los alimentos contaminados fueron el vehículo más probable del brote.

Se aislaron cepas de *E. albertii* a partir de hisopados anales obtenidos de seis pacientes. Cada aislamiento se clasificó como secuencia tipo ST2686.

Para evaluar las relaciones entre las cepas del brote en el estudio y otras cepas de *E. albertii*, los científicos recuperaron 43 genomas de *E. albertii* de la base de datos del Centro Nacional de Información Biotecnológica y toda la información epidemiológica disponible. Las 43 cepas se aislaron de diferentes fuentes en 13 países entre 1983 y 2022, incluidas tres cepas ST2686 y seis cepas asociadas con brotes anteriores.

Los seis aislamientos de este estudio se fusionaron en un único grupo altamente relacionado genéticamente, lo que implica un origen común para los aislamientos. Los aislamientos eran



diferentes de las cepas asociadas con seis brotes en Japón. Estos resultados sugirieron que ningún tipo conocido o dominante de *E. albertii* es predictivo de brotes y que las cepas de múltiples fuentes pueden causar enfermedades, dijeron los investigadores.

---

*Escherichia albertii* es un enteropatógeno emergente de humanos y muchas especies de aves. Esta bacteria es un pariente cercano de *Escherichia coli* y con frecuencia se la ha identificado erróneamente como *E. coli* enteropatógena o enterohemorrágica debido a su similitud en características fenotípicas y genéticas, como varias propiedades bioquímicas y la posesión de un sistema de secreción tipo III codificado por el locus de borramiento de enterocitos. Este patógeno causa brotes de gastroenteritis y algunas cepas producen toxina Shiga. Aunque se han publicado muchos estudios genéticos y fenotípicos y ahora están disponibles las secuencias del genoma de más de 200 cepas de *E. albertii*, aún no se comprende por completo la importancia clínica de esta especie. La aparente naturaleza zoonótica de la enfermedad requiere una comprensión más profunda de las vías y mecanismos de transmisión de *E. albertii* para desarrollar medidas efectivas para controlar su transmisión e infección.

El Sistema Nacional de Salud (NHS) enfrenta una “cuatridemia” de emergencias sanitarias a medida que se acerca el invierno, con los hospitales “más ocupados que nunca” en esta época del año, dijo el médico de mayor rango del servicio de salud.

El número de personas hospitalizadas con influenza en Inglaterra se ha más que cuadruplicado en comparación con el año pasado, mientras que los casos de covid, norovirus y virus sincicial respiratorio (VSR) también están aumentando.



El profesor Stephen Powis, director médico nacional del NHS, dijo que temía que el número de admisiones aumentara aún más a menos que la población tomara medidas para protegerse con las vacunas contra la influenza, la covid y el VSR. Este último virus es una causa común de tos y resfriados, y puede provocar bronquiolitis o neumonía, especialmente en niños pequeños y ancianos.

Su advertencia se produjo mientras el número de personas hospitalizadas en Inglaterra con influenza aumentó a más de cuatro veces la cifra en este mismo momento el año pasado.

Según el primero de los informes sobre la situación invernal del NHS de este año, un promedio de 1.099 pacientes con influenza estuvieron en camas en Inglaterra cada día la semana pasada, incluidos 39 en cuidados críticos.

Esta cifra es muy superior a la de la misma semana de 2023, cuando el total fue de 243, nueve de ellos en cuidados intensivos. También es superior a la de este mismo momento de 2022, cuando hubo una media de 772 pacientes con influenza.

Powis dijo que con los largos meses de invierno que se avecinan, existe preocupación por una presión sin precedentes sobre los servicios de salud.

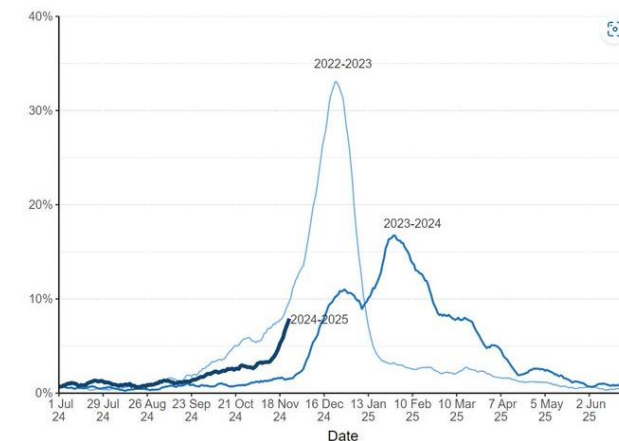
“Desde hace tiempo se advierte de una ‘tripledemia’ de covid, influenza y VSR este invierno”, afirmó. “Pero con el aumento de los casos de norovirus, esto podría convertirse rápidamente en una ‘cuatridemia’, por lo que es importante que, si no se ha vacunado contra la covid o la influenza, siga el ejemplo de millones de personas y se proteja lo antes posible”, afirmó.

“El NHS está más ocupado que nunca antes de acercarse el invierno, con los números de influenza y norovirus en los hospitales aumentando drásticamente, y todavía estamos a principios de diciembre, por lo que esperamos que la presión aumente y tenemos un largo invierno por delante.

“Las ambulancias también se enfrentan a una enorme demanda, con miles de pacientes adicionales y otras presiones que inciden en los retrasos en la entrega, por lo que nuestros sólidos planes, que incluyen servicios como centros de tratamiento de urgencia y atención de emergencia el mismo día, son tan importantes este invierno”.

Su mensaje fue repetido por el director médico de Inglaterra, el profesor Chris Whitty, quien publicó un gráfico en X que muestra el aumento de casos de influenza en comparación con el año anterior.

Las cifras del informe sobre la situación invernal muestran que la semana pasada se ocuparon una media de 751 camas de hospital para adultos en Inglaterra por pacientes con diarrea y vómitos o síntomas similares a norovirus, en comparación con las 406 en este momento el año pasado y las 318 de 2022.



Tasa de positividad en muestras de influenza. Inglaterra. Temporadas 2022-2023 a 2024-2025. Fuente: Sistema Nacional de Salud, Reino Unido.

El número total de camas ocupadas por pacientes con síntomas de norovirus, incluidos los niños en las salas pediátricas, fue de una media de 756, un 86% más que en la semana equivalente de 2023.

La semana pasada, en Inglaterra, había una media de 1.390 pacientes hospitalizados cada día que dieron positivo en la prueba para covid. Esta cifra es inferior a la media de 2.344 pacientes del mismo periodo del año pasado y a los 4.969 de esta misma fase en 2022.

El informe de situación del NHS también muestra que 36% de los pacientes que llegaron en ambulancia a los hospitales de Inglaterra la semana pasada esperaron al menos 30 minutos para ser atendidos por los equipos de emergencias, una cifra superior al 27% en la misma semana del año pasado y al 31% en este momento de 2022.

El 16% de los traslados en ambulancia la semana pasada, o 14.805 pacientes, se retrasaron más de una hora, en comparación con 10% en el mismo momento de 2023 y el 15% en 2022.

Wes Streeting, el secretario de salud, dijo que una crisis anual de invierno del NHS se había convertido en “la norma” y que esto debe cambiar. “Heredamos un NHS que está roto, pero no derrotado, y el personal ya está trabajando duro para abordar un aumento en las admisiones este invierno”, dijo.

“Durante demasiado tiempo, una crisis anual de invierno se ha convertido en la norma. Implementaremos reformas a largo plazo a través de nuestro plan de salud de 10 años que creará un servicio de salud que estará ahí para todos nosotros durante todo el año.

“También me gustaría animar a todos los que cumplan los requisitos a que se unan a los más de 27 millones de personas que ya se han vacunado contra la influenza, el VSR y la covid: es la mejor manera de protegerse este invierno”.

El 29 de noviembre de 2024, el Ministerio de Salud Pública de la República Democrática del Congo notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una alerta sobre un aumento de muertes por causa no diagnosticada en la zona sanitaria de Panzi.

Entre el 24 de octubre y el 5 de diciembre de 2024, la zona sanitaria de Panzi, en la provincia de Kwango, registró 406 casos de una enfermedad no diagnosticada con síntomas de fiebre, dolor de cabeza, tos, secreción nasal y dolor corporal y 31 muertes (tasa de letalidad de 7,6%). Los casos notificados alcanzaron su punto máximo en la semana epidemiológica 45. El brote aún continúa. El Ministerio de Salud informó el 5 de diciembre que se han producido varias muertes adicionales fuera de los centros de salud (muertes comunitarias). Estas muertes aún deben investigarse, caracterizarse (edad, género, etc.) y verificarse.

Se han notificado casos en nueve de las 30 áreas sanitarias de la zona sanitaria de Panzi: Kahu- mbulu, Kambandambi, Kanzangi, Kasanji, Kiama, Mbanza Kipungu, Makitapanzi, Mwini ngulu y Tsakala Panzi. La mayoría de los casos (95,8%) se notificaron en las áreas sanitarias de Tsakala Panzi (169), Makitapanzi (142) y Kanzangi (78).

En la zona sanitaria de Panzi, los niños de 0 a 14 años representan 64,3% de todos los casos notificados, y los grupos de edad más afectados son los de 0 a 59 meses (53,0% del total de casos), de 5 a 9 años (7,4%) y de 10 a 14 años (3,9%). Las mujeres constituyen 59,9% del total de casos. Entre las muertes, 71% son menores de 15 años, y 54,8% del total son niños menores de cinco años. Se notificó que todos los casos graves sufrían desnutrición. Hay 145 casos en personas de 15 años o más, de los cuales nueve murieron (tasa de letalidad de 6,2%). Las muertes se han producido principalmente en las comunidades de las aldeas.

En los últimos meses, la inseguridad alimentaria ha empeorado en la zona, la cobertura de vacunación es baja y el acceso a diagnósticos y atención de casos de calidad es muy limitado. Hay escasez de suministros y medios de transporte y de personal sanitario en la zona. Las medidas de control de la malaria son muy limitadas.

La presentación clínica de los pacientes incluye síntomas como fiebre (96,5%), tos (87,9%), fatiga (60,9%) y secreción nasal (57,8%). Los principales síntomas asociados con la muerte incluyen dificultad para respirar, anemia y signos de desnutrición aguda. Con base en el contexto actual de la zona afectada y la amplia presentación de los síntomas, es necesario descartar una serie de enfermedades sospechosas mediante investigaciones adicionales y pruebas de laboratorio. Estas incluyen, entre otras, sarampión, influenza, neumonía aguda (infección del tracto respiratorio), síndrome urémico hemolítico por *Escherichia coli*, covid y malaria.

## Respuesta de salud pública

### 1. Liderazgo y coordinación

- Se ha fortalecido la coordinación a nivel nacional, provincial y comunitario. El 30 de noviembre se celebró la primera reunión del Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública (COESP) con todos los socios para abordar la alerta, tras lo cual se envió un equipo de respuesta rápida (RRT) de la provincia de Kwango a Panzi. El 3 de diciembre se

convocó una segunda reunión del COESP con los socios, lo que llevó a la decisión de enviar un RRT a nivel nacional a Panzi con el apoyo de la OMS.

- Se están celebrando reuniones diarias de coordinación a nivel nacional, en las que los equipos provinciales participan activamente en la planificación y la respuesta en curso.

## **2. Vigilancia**

- Se ha desarrollado una definición de caso basada en los síntomas clínicos observados, que orienta los esfuerzos de vigilancia y notificación.
- Se están realizando búsquedas activas de casos en los centros de salud, lo que incluye la revisión de los registros hospitalarios para identificar casos adicionales. También se están organizando investigaciones y búsquedas activas de casos en la comunidad.
- La recopilación de datos está en curso y se centra en la preparación de un listado y un análisis epidemiológico detallado.
- Se están investigando las muertes en la comunidad para comprender mejor la dinámica de transmisión y el alcance del brote.

## **3. Gestión de casos**

- El 30 de noviembre se envió un equipo de respuesta rápida provincial a Panzi, y el 7 de diciembre se envió un equipo de respuesta rápida multidisciplinario a nivel nacional, que incluía a expertos de la OMS, para investigar el brote y reforzar la respuesta.
- Los equipos llevan medicamentos para apoyar la gestión de casos y prevenir más muertes.
- Se están realizando esfuerzos para fortalecer la capacidad de los proveedores de atención médica para garantizar la mejor atención posible a los pacientes.

## **4. Laboratorio**

- Se transportaron equipos de laboratorio para recolectar muestras de los casos y enviarlas al Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB), en Kinshasa, para su análisis. Además, se proporcionaron pruebas rápidas de diagnóstico de malaria y covid para ayudar en el diagnóstico.

## **5. Comunicación de riesgos y participación comunitaria**

- Se han elaborado mensajes clave para aumentar la conciencia pública y fomentar conductas preventivas generales. Estos mensajes se están difundiendo mediante la participación de la comunidad y se están llevando a cabo campañas de sensibilización.

## **6. Prevención y control de infecciones**

- Se están reforzando las medidas de prevención y control de infecciones. Se ha informado a los trabajadores sanitarios y asistenciales sobre prácticas clave, como el uso adecuado del barbijo, el lavado de manos y los guantes, para reducir el riesgo de una mayor transmisión.

## **7. Logística**

- Se está prestando apoyo logístico para una gestión eficaz de los casos, incluido el transporte de muestras al INRB de Kinshasa para su análisis en laboratorio. Se están suministrando a los centros de salud y hospitales de las zonas sanitarias más afectadas medicamentos y kits de muestreo adecuados para apoyar la respuesta.

## **Evaluación de riesgos de la OMS**

Se están realizando esfuerzos para abordar el brote en la zona sanitaria de Panzi; sin embargo, siguen existiendo desafíos importantes en la respuesta clínica y epidemiológica que aumentan el riesgo para la salud pública de la población afectada. Se han notificado casos graves de

anemia, dificultad respiratoria y desnutrición. La zona afectada es remota, lo que complica la evaluación y la respuesta. La Clasificación Integrada de la Fase de Seguridad Alimentaria (CIF) para los niveles de inseguridad alimentaria aguda en la provincia de Kwango aumentó de CIF 1 (aceptable) en abril de 2024 a CIF 3 (nivel de crisis) en septiembre. Esto sugiere una fase significativa de aumento de la inseguridad alimentaria y el riesgo de desnutrición aguda grave.

Desde el 24 de octubre se han observado síntomas como fiebre, tos, dolor de cabeza y dolor corporal, principalmente a través de informes de los trabajadores de la salud, pero no se dispone de datos de Vigilancia y Respuesta Integradas a Enfermedades (IDSR) sobre las tasas de enfermedades respiratorias de referencia para la zona sanitaria afectada para establecer tendencias. Se han notificado casos en grupos familiares, lo que sugiere una posible dinámica de transmisión dentro de los hogares, aunque se necesita investigación adicional. Además, no hay información disponible sobre la cobertura de vacunación específica, incluida la vacunación infantil, en la zona sanitaria afectada, lo que genera incertidumbre sobre la inmunidad de la población privada de vacunas.

También se han identificado deficiencias en la gestión de casos. Con frecuencia se producen desabastecimientos de medicamentos para el tratamiento de enfermedades comunes y la atención no se brinda de forma gratuita, lo que podría limitar el acceso al tratamiento de las poblaciones vulnerables.

La lejanía de la zona afectada y las barreras logísticas, incluido el viaje por carretera de dos días desde Kinshasa debido a la temporada de lluvias que afecta a las carreteras y la cobertura limitada de la red de telefonía móvil e Internet en las zonas sanitarias, han dificultado el rápido despliegue de los equipos y recursos de respuesta. Además, no hay ningún laboratorio en funcionamiento en la zona sanitaria ni en la provincia, por lo que es necesario recoger y enviar muestras a Kinshasa para su análisis. Esto ha retrasado los esfuerzos de diagnóstico y respuesta. La falta de suministros para la recolección de muestras limita aún más la capacidad de diagnóstico, lo que deja importantes lagunas en la comprensión de la etiología del brote.

La inseguridad en la región añade otra capa de complejidad a la respuesta. La posibilidad de ataques por parte de grupos armados plantea un riesgo directo a los equipos de respuesta y a las comunidades, lo que podría perturbar aún más la respuesta.

Con base en el razonamiento expuesto, el nivel general de riesgo para las comunidades afectadas se evalúa como alto.

A nivel nacional, el riesgo se considera moderado debido a la naturaleza localizada del brote dentro de la zona sanitaria de Panzi en la provincia de Kwango. Sin embargo, la posibilidad de propagación a áreas vecinas, junto con las deficiencias en los sistemas de vigilancia y respuesta, subrayan la necesidad de una mayor preparación.

A nivel regional y mundial, el riesgo sigue siendo bajo por el momento. Sin embargo, la proximidad de la zona afectada a la frontera con Angola plantea preocupaciones sobre la posible transmisión transfronteriza, y será esencial mantener la vigilancia y la coordinación transfronterizas para mitigar este riesgo.

La confianza actual en la información disponible sigue siendo moderada, ya que persisten lagunas significativas en los datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.

## **Consejos de la OMS**

Para reducir el impacto del brote en la zona sanitaria de Panzi y mitigar una mayor propagación, la OMS recomienda las siguientes medidas:



- El fortalecimiento de los mecanismos de coordinación a todos los niveles (nacional, provincial, zonal y local) es fundamental para dar una respuesta unificada. Se necesita una infraestructura de comunicaciones mejorada, como teléfonos satelitales, para superar la limitada cobertura de la red en las zonas afectadas. La colaboración transfronteriza con Angola también es crucial para vigilar la aparición de casos similares y prevenir la posible transmisión transfronteriza.
- Mejorar las actividades de vigilancia es una prioridad para identificar los casos y responder a ellos con prontitud. Las búsquedas activas de casos deben continuar tanto en los centros de salud como en las comunidades, con especial atención a las zonas donde se notifican muertes y a los grupos familiares. Se debe fortalecer la vigilancia comunitaria para garantizar la detección temprana de los casos y una respuesta rápida.
- Para comprender la situación, será necesario caracterizar cuidadosamente el síndrome clínico y sus resultados, y mejorar la definición de los casos a partir de la información recopilada. En particular, se deben recopilar datos que aclaren la posibilidad de coinfección y patologías múltiples, así como las incertidumbres en los resultados entre los grupos vulnerables. La OMS ha establecido la Plataforma Clínica Mundial para proporcionar un análisis rápido de datos estructurados utilizando registros de casos anónimos; se recomienda su uso para la captura detallada de síndromes y resultados de los pacientes.
- Para gestionar eficazmente los casos es necesario garantizar un suministro adecuado de medicamentos esenciales para apoyar el tratamiento y evitar más muertes. Se deben distribuir pruebas rápidas de diagnóstico de la malaria para facilitar el diagnóstico diferencial, y se deben agilizar las pruebas de laboratorio mediante el envío de muestras al INRB Kinshasa para confirmar o descartar causas sospechosas, como la covid y la influenza. El fortalecimiento de la capacidad de laboratorio a largo plazo y la descentralización serán importantes para proporcionar capacidad de diagnóstico en la zona sanitaria afectada.
- Las medidas de prevención y control de infecciones deben reforzarse en todos los centros de salud. Los trabajadores de la salud deben recibir capacitación sobre prácticas de prevención y control de infecciones, incluido el uso adecuado de equipos de protección personal, como barbijos y guantes, así como estrictos protocolos de higiene de manos. Estas medidas reducirán los riesgos de transmisión dentro de los centros de salud y mejorarán la seguridad de la prestación de servicios de salud.
- La comunicación de riesgos y la participación de la comunidad son esenciales para aumentar la conciencia pública. Se deben difundir mensajes específicos para educar al público sobre los síntomas de las enfermedades respiratorias, las medidas preventivas y la importancia de buscar atención médica de manera temprana. Se debe involucrar a los líderes comunitarios para generar confianza y alentar el cumplimiento de las pautas de salud pública. Abordar la desinformación y los temores dentro de la comunidad es fundamental para garantizar una colaboración eficaz en la respuesta.
- También es necesario prestar atención a los desafíos logísticos y de seguridad. El fortalecimiento del apoyo logístico para el despliegue de equipos y suministros garantizará el acceso oportuno a las zonas afectadas. Se deben elaborar planes de contingencia para hacer frente a la posible inseguridad que plantean los grupos armados, salvaguardar al personal de respuesta y mantener la continuidad de las actividades de respuesta.

Se necesitan más investigaciones para aclarar si la anemia observada en los casos graves está relacionada con el brote. La hipótesis principal de la enfermedad respiratoria debe validarse estudiando su relación con la influenza estacional y otros factores potenciales. Además, deben

revisarse los brotes históricos, como el de fiebre tifoidea que se notificó en la zona sanitaria hace dos años, para identificar vulnerabilidades recurrentes que puedan orientar las actuales iniciativas de respuesta. Además, comprender las tasas generales de desnutrición e identificar casos de desnutrición aguda en la población afectada puede orientar la atención nutricional adecuada y prevenir más muertes.



El territorio de Krasnoyarsk registra un aumento de los casos de opistorquiosis, informó el Servicio Federal para la Supervisión y la Protección de los Consumidores (Rospotrebnadzor). En los primeros diez meses de este año, se diagnosticaron 1.443 casos en la región, lo que supone un aumento de 11,3% respecto del mismo período del año pasado. Entre los infectados, 261 eran niños.

Las principales fuentes de infección están relacionadas con el consumo de pescado, y la mayoría de los casos de la enfermedad se registran tras el consumo de timalo, rutilo, leucisco, carpín, lucio, así como de cacho y besugo. En casos aislados, la infección se produjo tras el consumo de perca, ómul y dorada. La mayor parte de los infectados consumieron pescado ligeramente salado, ahumado, crudo, seco, así como productos de pescado insuficientemente tratados térmicamente.

La opistorquiosis se registró en 58 territorios administrativos de la región, y en 16 de ellos la incidencia superó la media regional. Las cifras más altas se registraron en Krasnoyarsk, Divnogorsk, Nazarovo, Achinsk, Lesosibirsk, Bogotol, Sharypovo y Yeniseisk, así como en los distritos de Birilyusky, Uzhursky, Motyginisky y Taseevsky.

---

La opistorquiosis es causada por un parásito trematodo. Existen dos especies: *Opisthorchis viverrini* (duela hepática del sudeste asiático), que se encuentra principalmente en el noreste de Tailandia, Laos, Camboya y el centro y sur de Vietnam, y *Opisthorchis felineus* (duela hepática del gato), que se encuentra principalmente en Italia, Alemania, Bielorrusia, Rusia, Kazajstán y Ucrania. El parásito se contrae al consumir pescados de agua dulce crudos o poco cocido, que puede contener larvas del trematodo.

La mayoría de las infecciones son asintomáticas. Gran parte de las manifestaciones patológicas resultan de la inflamación y obstrucción intermitente de los conductos biliares. En casos leves, las manifestaciones incluyen dispepsia, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento. En infecciones de mayor duración, los síntomas pueden ser más graves, como hepatomegalia y desnutrición. En casos raros, puede desarrollarse colangitis, colecistitis y colangiocarcinoma. Además, las infecciones por *Opisthorchis felineus* pueden presentar una fase aguda similar a la de la fiebre de Katayama (esquistosomosis), con fiebre, edema facial, linfadenopatía, artralgias, exantema y eosinofilia. Las formas crónicas de infecciones por *Opisthorchis felineus* presentan las mismas manifestaciones que las de *Opisthorchis viverrini*, además de afectación de los conductos pancreáticos.

La opistorquiosis se asocia con el colangiocarcinoma, un cáncer poco frecuente del sistema de conductos biliares, que comprende la vesícula biliar y los conductos biliares. Solo un pequeño porcentaje de los casos de opistorquiosis desarrolla complicaciones como el colangiocarcinoma.

Las personas pueden evitar la infección por *Opisthorchis* evitando el consumo de pescado de agua dulce crudo o poco cocido procedente de países donde está presente el parásito. El pescado ligeramente salado, ahumado o encurtido también puede contener parásitos infecciosos.

Una década después de que el brote más mortal de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) de la historia causara estragos en el país y en su personal sanitario, Sierra Leona se convertirá en el primer país, entre los tres más gravemente afectados hace diez años por el brote en África occidental, en lanzar una campaña nacional de vacunación preventiva contra la enfermedad dirigida a los trabajadores de primera línea. La campaña, implementada por el Ministerio de Salud de Sierra Leona en asociación con la Alianza para las Vacunas (GAVI), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se dirigirá a 20.000 trabajadores de primera línea en los 16 distritos del país.



Se administrará una dosis única de la vacuna Ervebo® a los profesionales sanitarios, trabajadores de primera línea y personal de primera respuesta, como conductores de mototaxis y de ambulancias, curanderos tradicionales, líderes religiosos, fuerzas de seguridad y otras personas que corren un alto riesgo de exposición al virus del Ébola. Las vacunas proceden de la reserva mundial de vacunas financiada por la GAVI y administrada por el Grupo Internacional de Coordinación (ICG) para el Suministro de Vacunas. La GAVI también está proporcionando financiación para la implementación de la campaña de vacunación, con asistencia técnica al Ministerio de Salud proporcionada por la OMS y el UNICEF.

Esta campaña de vacunación preventiva se lleva a cabo una década después del mortal brote de EVE de 2014-2016, que fue declarado emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por la OMS. Ese brote causó más de 11.000 muertes, principalmente en África occidental, pero se detectaron casos en 10 países de todo el mundo. De ellos, Sierra Leona fue el más afectado, con cerca de 9.000 casos confirmados y probables, incluidas cerca de 4.000 muertes. Además de la devastadora pérdida de vidas y las repercusiones económicas de largo alcance, el brote afectó profundamente al sistema de salud de Sierra Leona: mató a casi 7% del personal sanitario, que tenía hasta 32 veces más probabilidades de ser infectado por el virus del Ébola que la población adulta en general, según la OMS.

“Esta campaña nacional de vacunación preventiva marca un paso importante en el fortalecimiento de nuestro sistema de salud. Proteger a nuestros trabajadores de primera línea es vital para nuestro Plan Nacional de Seguridad Sanitaria, garantizando la preparación y la resiliencia ante futuras amenazas para la salud. Se trata de una inversión en la seguridad de nuestra gente y en una Sierra Leona más saludable”, afirmó el Dr. Austin Demby, Ministro de Salud de Sierra Leona.

En el momento del brote de 2014 en África occidental, no había vacunas aprobadas. La GAVI tomó medidas inmediatas para incentivar el desarrollo y la producción rápidos, anunciando su compromiso de comprar vacunas elegibles y luego firmando un acuerdo para asegurar

300.000 dosis de Ervebo® en investigación y financiar su uso por parte de países y socios para responder a los brotes, lo que ayudó a demostrar la eficacia cercana al 100% de la vacuna. En 2021, la GAVI acordó financiar una reserva mundial de 500.000 dosis de la vacuna contra la EVE. Esta reserva es administrada por el ICG, con dosis adquiridas por el UNICEF, y es accesible para cualquier país del mundo. Desde entonces, se han enviado casi 146.000 dosis de la reserva hasta 2023, el 95% se ha utilizado para la vacunación preventiva de grupos de alto riesgo y el 5% se ha utilizado en la respuesta al brote.

“Muchos recuerdan el miedo y la devastación que causó en todo el mundo el brote de EVE de 2014, el más mortal el que se tenga memoria. Una década después, la vacunación ha transformado nuestra capacidad de luchar contra una de las enfermedades más letales del mundo”, afirmó la Dra. Sania Nishtar, directora ejecutiva de la GAVI. “La GAVI está increíblemente orgullosa de cómo nuestra misión de garantizar un acceso oportuno y equitativo a las vacunas contra las amenazas más importantes de las enfermedades infecciosas ha ayudado a redefinir la respuesta a la EVE, salvando vidas y protegiendo a las comunidades, los sistemas de salud y las economías. El hecho de que la primera campaña nacional de vacunación preventiva se lleve a cabo en el país más profundamente afectado por el brote de 2014 hace que este hito histórico sea aún más significativo. Felicitamos a Sierra Leona y a los socios de la GAVI por su compromiso constante de proteger a quienes corren mayor riesgo, y esperamos que las vacunas se distribuyan en otros países en riesgo”.

Tras el brote de EVE en Guinea en febrero de 2021, la OMS realizó una evaluación rápida de riesgos, que clasificó el riesgo regional de propagación como alto. En respuesta, la OMS ayudó a los gobiernos a implementar medidas preventivas inmediatas, como una mayor vigilancia, un mayor control en los puntos fronterizos, una sólida participación de la comunidad, el despliegue de equipos de respuesta rápida en las zonas fronterizas para reforzar la preparación de los distritos y la ampliación de las capacidades de las instalaciones de prueba y tratamiento.

“Aunque han pasado tres años desde el último brote de EVE en la vecina Guinea, la OMS ha mantenido su compromiso de colaborar con los socios y los fabricantes de vacunas para garantizar la disponibilidad de vacunas altamente efectivas que salven vidas para las poblaciones más expuestas en Sierra Leona. Estos esfuerzos y alianzas sostenidos han llevado a la campaña nacional de vacunación contra la EVE de 2024, dirigida a los trabajadores de la salud, curanderos tradicionales, conductores de mototaxis y otros trabajadores de primera línea”, explicó el Dr. Thompson Igbu, Jefe del equipo del Programa Ampliado de Inmunización de la OMS en Sierra Leona.

La OMS ha proporcionado apoyo técnico, logístico y financiero para la ejecución del ejercicio de vacunación, incluida la capacitación del personal sanitario en preparación para el mismo.

Rudolf Schwenk, representante del UNICEF en Sierra Leona, afirmó: “Esta vacuna que salva vidas brinda a las comunidades y a los trabajadores de primera línea nuevas esperanzas de protección contra esta enfermedad mortal. El UNICEF, en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud y la OMS, es parte integral de esta campaña nacional para garantizar que las vacunas se almacenen de manera segura y se entreguen a los grupos destinatarios clave, incluidos los trabajadores de la salud. Y agradecemos la contribución fundamental de la GAVI para proteger a las familias de enfermedades potencialmente mortales como la EVE”.

El UNICEF adquirió y entregó más de 20.000 dosis de la vacuna Ervebo® a Sierra Leona. El sistema de cadena de frío, construido con la ayuda del UNICEF y la OMS, almacena la vacuna en congeladores de ultrafrío, lo que es esencial para mantener su efectividad. Estas iniciativas

se combinan con la participación de la comunidad y las actividades de comunicación de riesgos para aumentar la aceptación de la vacuna, reducir las dudas y generar confianza.

Otros países, como República Democrática del Congo, Uganda y Guinea-Bissau, también han llevado a cabo recientemente campañas de vacunación preventiva. El próximo país que tiene previsto poner en marcha la vacunación preventiva contra la EVE es República Centroafricana –en fecha a determinar–, y otros países en riesgo también están considerando cuándo hacerlo. En total, 18 países que han notificado casos de EVE anteriormente o que comparten frontera con un país que ha sufrido un brote de EVE son elegibles para el programa de vacunación preventiva de la GAVI, cuyo objetivo es proporcionar protección adicional en las zonas en las que es más probable que se produzca un brote de EVE.



SIERRA LEONA

REPORTAN UN CASO DE FIEBRE  
HEMORRÁGICA VIRAL EN KONO

03/12/2024

El Gobierno de Sierra Leona, a través de la Agencia Nacional de Salud Pública (NPHA), informó un caso sospechoso de fiebre hemorrágica viral en Kono.

En un aviso público, la NPHA y el Ministerio de Salud proporcionaron detalles tras las pruebas de laboratorio realizadas por el Laboratorio de Enfermedades Infecciosas del 34° Hospital Militar.

Los resultados de las pruebas arrojaron resultados indeterminados. Esto se atribuyó al uso de formalina para preservar el cuerpo antes de la recolección de la muestra, lo que puede interferir con la precisión de las pruebas.

La NPHA confirmó que todos los contactos identificados del caso probable permanecen asintomáticos. Estas personas están siendo monitoreadas de cerca durante un período de observación de 21 días, con más pruebas programadas al final del cronograma de monitoreo para asegurar que no surjan signos de infección.

La NPHA y el Ministerio de Salud tranquilizaron a la población acerca de su preparación para manejar cualquier brote potencial de la enfermedad. Enfatizaron la importancia de mantener la calma y obtener información solo de los canales oficiales para evitar la desinformación.

El gobierno continúa priorizando la seguridad sanitaria e insta al público a cooperar con las autoridades sanitarias durante esta fase de monitoreo. Se compartirán más actualizaciones a medida que haya nueva información disponible.

---

Sierra Leona enfrentó desafíos significativos durante el brote de enfermedad por el virus del Ébola de 2014-2016 en África occidental, uno de los más grandes de la historia. Desde entonces, no se han reportado nuevos casos, pero el país permanece en alerta máxima. Se han fortalecido los sistemas de prevención y respuesta, incluida la creación de la Agencia Nacional de Salud Pública (NPHA).

El reciente caso sospechoso de fiebre hemorrágica viral en Kono pone de relieve la amenaza continua que plantea la enfermedad por el virus del Ébola.



El sector de salud pública de Kalasin está en alerta máxima y advierte a los residentes sobre la creciente ola de casos de melioidosis, con 120 infecciones reportadas y tres muertes. Esta infección bacteriana representa un riesgo significativo para los agricultores y, actualmente, no existe una vacuna para prevenirla.



La melioidosis, a menudo denominada “fiebre del granjero”, se está convirtiendo en un grave problema de salud pública en la provincia de Kalasin. Taweerat Srihulwong, del Departamento de Salud provincial, destacó la creciente prevalencia de la enfermedad y afirmó que ahora es más común que la leptospirosis, otra infección del suelo. Las bacterias responsables de esta enfermedad se encuentran principalmente en el suelo, el agua y el ganado.

Datos recientes revelan que este año se han infectado 120 personas, tres de ellas fallecieron a causa de la enfermedad. Las zonas más afectadas son Mueang, Yang Talat y Huai Mek, y se han registrado casos adicionales en Namon, Huai Phueng, Somdet y Khao Wong.

Las bacterias pueden invadir el cuerpo humano a través de heridas en la piel, el consumo de alimentos o agua contaminados y la inhalación de partículas de polvo portadoras de bacterias.

Los síntomas pueden aparecer entre uno y 21 días después de la exposición, aunque algunos casos pueden tardar años en manifestarse, dependiendo de la carga bacteriana y la inmunidad individual.

La enfermedad se presenta con una amplia gama de síntomas, similares a los de otras enfermedades infecciosas. Los pacientes pueden experimentar fiebre alta, abscesos en la piel, problemas respiratorios y, ocasionalmente, síntomas neurológicos.

En algunos casos, la infección permanece localizada, mientras que en otros se propaga por todo el organismo. Esta diversidad en la presentación puede complicar el diagnóstico y requerir pruebas de laboratorio especializadas para confirmar la presencia de la bacteria.

La región Noreste tiene la mayor incidencia, seguida por las regiones Norte, Central y Sur. La falta de una vacuna significa que las personas pueden volver a infectarse, lo que complica aún más los esfuerzos de salud pública.

Entre los que corren mayor riesgo se encuentran los trabajadores agrícolas que tienen contacto directo con el suelo y el agua o que manipulan animales infectados, como gatos, perros, cerdos, caballos y vacas. La enfermedad también supone una amenaza para quienes tienen heridas abiertas en los pies, diabetes, insuficiencia renal crónica y fumadores o bebedores empedernidos.

Las medidas preventivas son fundamentales para reducir el riesgo. Las personas con heridas abiertas deben evitar el contacto directo con el suelo y el agua y, si es necesario, utilizar equipos de protección como botas, guantes de goma y pantalones largos.

Es fundamental mantener una higiene adecuada, que incluya lavarse con agua limpia y jabón, sobre todo si se tienen abrasiones en la piel. Es aconsejable consumir comidas bien cocidas y agua hervida, y evitar la exposición al polvo y la lluvia. Reducir el consumo de alcohol y tabaco también puede reforzar la inmunidad contra las infecciones.

La Oficina de Salud Pública de Kalasin está tomando medidas proactivas al instruir a los funcionarios de salud de todos los distritos, hospitales y voluntarios de salud de la comunidad para que creen conciencia sobre la melioidosis. Las iniciativas de educación pública tienen como objetivo informar a los residentes sobre los síntomas de la enfermedad y alentar a quienes sospechen que están infectados a buscar atención médica de inmediato.

---

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

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

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

La septicemia aguda por melioidosis es la complicación más grave de la infección. Se presenta como un síndrome de sepsis típico con hipotensión, alto gasto cardíaco y baja resistencia vascular sistémica. En muchos casos, se puede encontrar un foco primario en los tejidos blandos o el pulmón. El síndrome, generalmente en pacientes con comorbilidades de factores de riesgo, se asocia característicamente con múltiples abscesos que afectan los tejidos cutáneos, el pulmón, el hígado y el bazo, y una tasa de mortalidad muy alta de 80-95%. Con un tratamiento óptimo y rápido, la tasa de letalidad puede reducirse a 40-50%.

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

Las autoridades sanitarias de la provincia de Long An, en Vietnam, informaron el 4 de diciembre un caso humano de influenza aviar A(H5) en un hombre de 18 años que está hospitalizado en Thành phố Hồ Chí Minh, con neumonía y otros síntomas graves.

La provincia de Long An se encuentra en la región del delta del Mekong, en el sur de Vietnam. El paciente es de Tân An, la capital provincial.

Las autoridades fueron notificadas por primera vez sobre el caso el 14 de noviembre, y los funcionarios están esperando resultados de secuenciación adicionales para caracterizar el gen N.

Una investigación reveló cientos de aves de corral muertas en la casa de la familia del paciente.

El país informó su último caso humano de influenza aviar A(H5N1) en marzo. En Vietnam y otras partes de Asia circulan diferentes clados del virus A(H5N1) y se los ha vinculado a casos humanos esporádicos, pero ninguno de ellos con transmisión entre humanos.

En abril, los científicos advirtieron sobre un virus A(H5N1) reordenado que circulaba por la subregión del Gran Mekong y que había infectado tanto a aves como a personas. Contiene proteínas de superficie de un clado A(H5N1) más antiguo (2.3.2.1c) que ha circulado en partes de Asia y un clado más nuevo (2.3.4.4b) que ha circulado a nivel mundial desde 2022.



---

Entre el 1 de enero de 2003 y el 1 de noviembre de 2024, se ha notificado un total de 261 casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en 5 países de la Región del Pacífico Occidental. De estos casos, 142 fueron mortales, lo que resultó en una tasa de letalidad de 54%. Los últimos casos en la Región del Pacífico Occidental se notificaron en Camboya, con fecha de inicio de 11 de agosto de 2024.

En todo el mundo, desde el 1 de enero de 2003 hasta el 1 de noviembre de 2024, se notificaron 939 casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en 24 países. De esos 939 casos, 464 fueron mortales (tasa de letalidad de 49%).

Según la misma fuente, el número de casos acumulados en Vietnam desde 2003 es de 129, incluidas 65 muertes (tasa de letalidad de 50%).

El 4 de diciembre, el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Thành phố Hồ Chí Minh celebró una conferencia para fortalecer la prevención y el control de epidemias en 2024 en la región sur. En la conferencia, las unidades de salud compartieron sobre la situación epidémica, las dificultades y desafíos, especialmente la epidemia de sarampión.

Lương Chấn Quang, jefe del Departamento de Control y Prevención de Enfermedades del Instituto Pasteur, dijo que, hasta el 2 de diciembre, el número de casos de sarampión en la Región Sur aumentó 56 veces en comparación con el mismo período del año 2023.



En concreto, al 2 de diciembre se registraron 19.042 casos de sarampión y siete muertes; en el mismo periodo del año pasado hubo cerca de 300 casos y ninguna muerte. Entre ellos, los niños de 1 a 5 años y de 6 a 10 años tienen la tasa de infección más alta, representando 60% de los casos.

En cuanto a la situación de la epidemia de sarampión en otras provincias, Quang dijo que recientemente Đồng Nai y Bình Dương son dos provincias con un aumento muy rápido en el número de casos de sarampión, mientras que en Thành phố Hồ Chí Minh y Cà Mau han aumentado ligeramente.

“El rápido aumento de casos de sarampión se debe a que una gran proporción de niños no tiene acceso a las vacunas; algunos puestos sanitarios no conocen el número de niños que quedan sin vacunar, sólo invitan a las personas a vacunarse, no van casa por casa”, dijo Quang.

Con respecto al último caso de muerte por sarampión, Quang informó que, a través de la investigación epidemiológica, el paciente de 3 años, sin antecedentes de ninguna enfermedad, omitió tres vacunas: no recibió la primera dosis porque no pudo acudir al puesto médico a causa de la covid; la segunda porque no llegó a la hora prevista y la tercera porque los padres no pudieron concertar una hora para llevar al niño a vacunar.

Por eso, lo más necesario ahora es revisar a los niños no vacunados de la comunidad, a los niños no vacunados en la escuela y en rondas anteriores para actualizar la vacunación. Al mismo tiempo, controlar las infecciones en todas las instalaciones de tratamiento y examen médico y los brotes en las escuelas para evitar la propagación.

Por su parte, el Dr. Ngô Ngọc Quang Minh, subdirector del Hospital Infantil 1, dijo que el departamento de infecciones del hospital recibe en promedio unos 80 casos de sarampión cada día. De estos, 70% de los pacientes son de las provincias de Đồng Nai, Bình Dương y Long An.

“Si califica para hospitalización, será hospitalizado. Si es un caso leve, recibirá tratamiento ambulatorio y seguimiento a través de centros médicos locales. Es necesario minimizar las derivaciones que causan la propagación en el hospital”, dijo Minh.



En cuanto a por qué la cobertura de vacunación es de 100% pero el número de casos de sarampión sigue aumentando, el Dr. Nguyễn Văn Vĩnh Châu, subdirector del Departamento de Salud de Thành phố Hồ Chí Minh, dijo que al revisar muchas áreas adyacentes a provincias y ciudades, se observa una gran cantidad de migrantes. Todavía hay un gran número de niños que se desplazan frecuentemente con sus familias y no han declarado su residencia.



Además, el número de niños con sarampión de otras provincias y ciudades hospitalizados para recibir tratamiento es el doble que el de los niños con sarampión de Thành phố Hồ Chí Minh. En la semana epidemiológica 48, se registraron 319 nuevos casos en la ciudad, mientras que los hospitales recibieron 574 pacientes de otras provincias.

Representantes de los Departamentos de Salud de las provincias de Đồng Nai, Bình Dương y Cà Mau dijeron que la mayor dificultad es la falta de coordinación entre las autoridades locales y el sector salud; los recursos humanos en el sector de la salud son escasos; el número de niños inmigrantes no declarados es elevado; y las familias siguen mostrándose indiferentes a la hora de vacunar a sus hijos. El Departamento de Salud de la provincia de Cà Mau afirmó que falta vacunación.

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.