

11 DE DICIEMBRE
2024
REC 2.887

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por sarampión
- Brasil: Entre 2011 y 2021, se cuadruplicó el número de personas mayores que viven con el VIH
- Costa Rica: Más de cien casos de tos convulsa en lo que va del año

- Panamá: Primera muerte por leptospirosis de 2024

- Paraguay: Alerta epidemiológica ante el aumento de casos de meningoencefalitis por enterovirus

EL MUNDO

- África: Estado de situación del cólera
- Bangladesh: Confirmaron casos de fiebre zika en Dhaka
- España: Brote de hepatitis A en Ibiza

- España: La incógnita oculta tras el éxito de las vacunas contra la meningitis

- Etiopia: Se ha duplicado la tasa de infección por el VIH en Tigray

- Europa: En 2023, los casos de listeriosis alcanzaron su nivel más alto desde 2007

- Sudán: Miles de infectados por un brote de malaria en Al-Qadarif

- Sudán del Sur: Se necesita una respuesta urgente para detener el brote de cólera en el estado de A'aly an-Nyl

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 adjuntosRUTH 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.

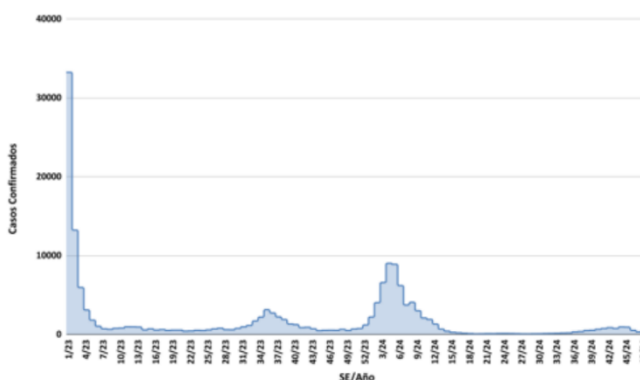
Si bien el número de casos confirmados de covid por semana epidemiológica (SE) durante el año 2023 y en lo que va de 2024 es menor en comparación con los de años previos, se observó un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre la SE 52 de 2023 y la SE 4 de 2024, con tendencia descendente de las notificaciones en las siguientes SE.

Desde la SE 29 de 2024 se registra un nuevo ascenso de las detecciones semanales, aunque los casos permanecen en niveles bajos, con un máximo de 957 casos notificados en la SE 44.

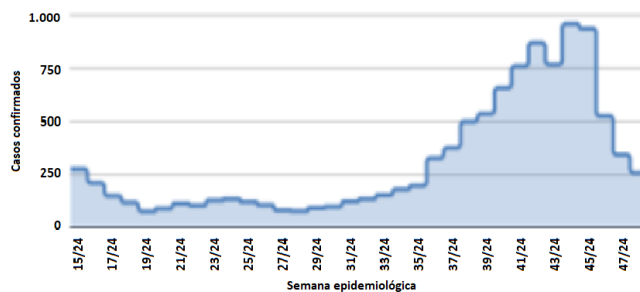
En las primeras semanas de 2024 se observó un ligero aumento en los fallecimientos, en concordancia con el ascenso de casos registrados, que alcanzó su máximo en la SE 5, y posteriormente presentó una tendencia descendente. En la SE 48 de 2024 se registraron cinco fallecimientos con diagnóstico de covid.

Vigilancia en UMAs

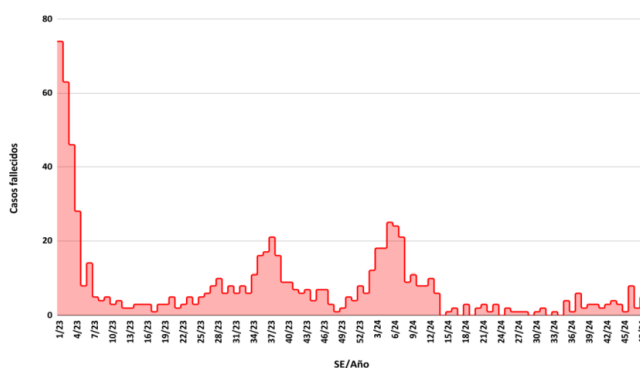
En 2024, hasta la SE 48, en el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron 21.358 muestras para SARS-CoV-2 mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), de las que 1.249 resultaron positivas. Esto representa un ascenso de 15,93% respecto de las muestras estudiadas en el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de 40,72% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,85%.



Casos confirmados. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 48 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados. Argentina. Semanas epidemiológicas 15 a 48 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos fallecidos. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 48 de 2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En 2024, hasta la SE 5, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMAs por técnica molecular, con un descenso posterior. Alrededor de 69% de los casos en UMAs de 2024 fueron detectados durante las primeras 12 SE del año. Desde la SE 13 y hasta la actualidad las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, aunque con un ligero ascenso de casos registrado a partir de la SE 34. En la SE 48 de 2024, se notificaron 17 casos positivos entre las 115 muestras analizadas mediante PCR.

Las detecciones de SARS-CoV-2 se verificaron en todos los grupos etarios, con predominancia en los adultos y adultos mayores.

Vigilancia en personas internadas

En 2024, hasta la SE 48, en términos acumulados, se notificaron 6.234 casos de covid en personas internadas. Respecto del mismo periodo del año anterior, esto representa una disminución de casos de 12,79%.

Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre la SE 52 de 2023 y la SE 5 de 2024, con un descenso sostenido posterior hasta la SE 12. En las primeras 12 SE de 2024 se concentró 56% de los casos registrados en lo que va del año. A partir de la SE 13 y hasta la SE 33, los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 casos semanales, con un mínimo de 19 en la SE 17 y un máximo de 57 en la SE 33. Desde la SE 34 se observó un mayor número de detecciones respecto de lo registrado en las SE previas, alcanzando un máximo de 189 casos en la SE 42. A partir de la SE 43, se verifica un menor número de casos hospitalizados con este diagnóstico, con un promedio de 99 casos semanales en las últimas cinco SE analizadas, con 45 casos notificados en hospitalizados en la SE 48.

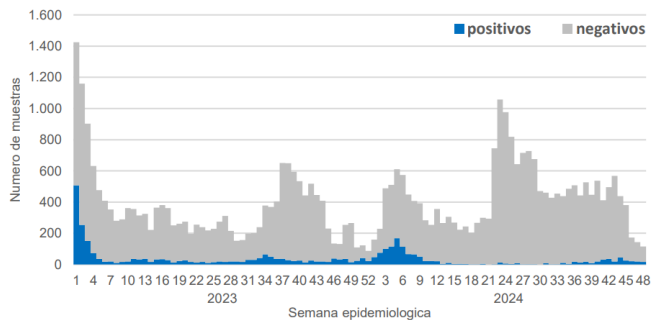
En 2024, hasta la SE 48, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas se registraron en todos los grupos etarios, pero principalmente en adultos mayores, menores de 1 año y personas de 45 a 64 años.

Variantes del SARS-CoV-2

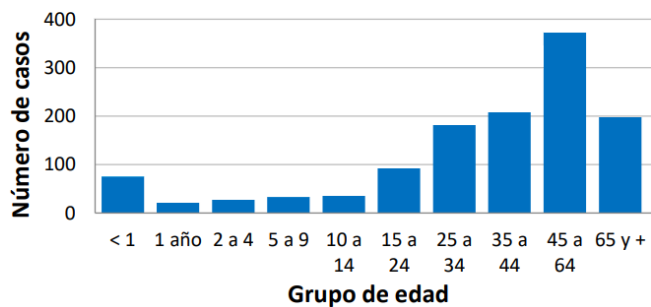
En Argentina, la situación actual de las variantes del SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a los linajes de Omicron, se verifica un predominio de las variantes JN.1* y BA.2.86*.

Entre las SE 5 y 12 de 2024, se analizaron 351 muestras mediante secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en 276 muestras (78,63%), seguida de BA.2.86* en 36 muestras (10,26%) y JN.1.7 en 9 muestras (2,56%). (*Indica la inclusión de linajes descendientes).

En total, al 6 de noviembre de 2024 en Argentina se detectaron 568 casos de la variante JN.1* y 59 de la variante BA.2.86*. Además, se notificaron 22 detecciones de JN.1.7, dos de KP.3.1.1, una de KP.3, una de LB.1 y una de XEC.



Muestras positivas y negativas para SARS-CoV-2 en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios, mediante reacción en cadena de la polimerasa. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 48 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos positivos en unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios, según grupos etarios. Argentina. De semana epidemiológica 1 de 2023 a 48 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Los casos fueron detectados a partir del trabajo conjunto de la Red Nacional de Virus Respiratorios, coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y Diagnóstico Molecular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

La variante considerada de interés (VOI) por la Organización Mundial de la Salud es Omicron JN.1.

Las siete variantes consideradas bajo monitoreo (VUM) por la Organización Mundial de la Salud son:

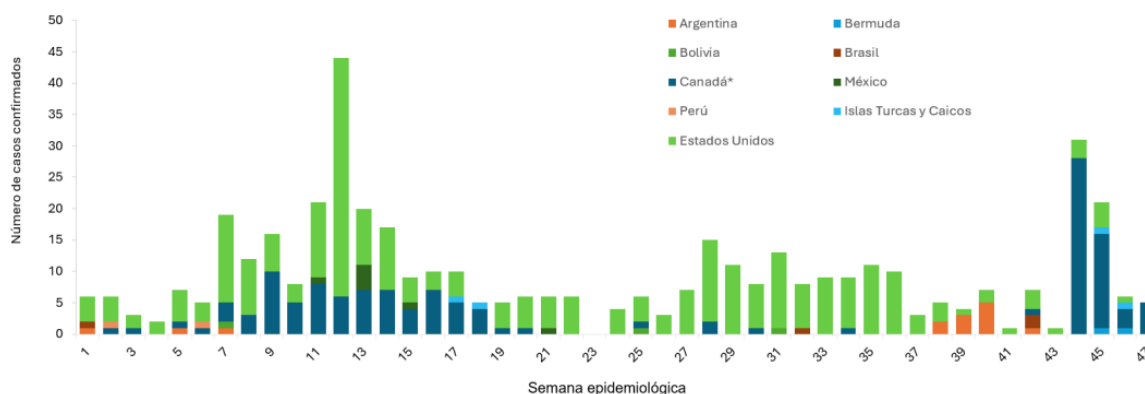
- Omicron JN.1.7
- Omicron JN.1.18
- Omicron KP.2
- Omicron KP.3
- Omicron KP.3.1.1
- Omicron LB.1
- Omicron XEC.

La Región de las Américas ha sido re-verificada nuevamente como región libre de sarampión, mientras ha sostenido la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Ante la reciente identificación de conglomerados y casos de sarampión en países y territorios de la Región de las Américas que pone en riesgo este avance, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) instó a los Estados Miembros a continuar fortaleciendo las actividades de vacunación, vigilancia epidemiológica y respuesta rápida. Además, recomendó la implementación de búsquedas activas comunitarias, institucionales y de laboratorio para la identificación oportuna de casos, además de actividades complementarias de vacunación para cerrar posibles brechas de inmunidad.

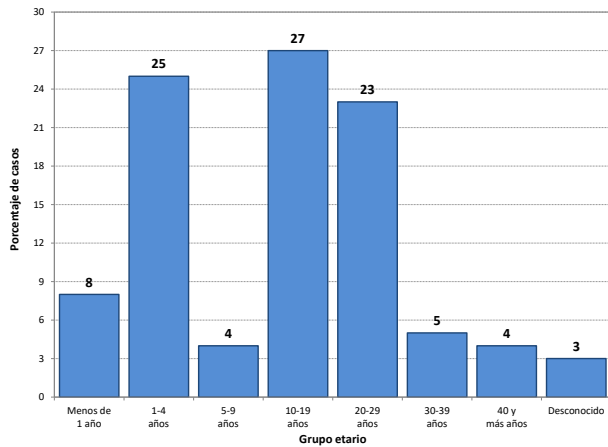
Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2024, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 48, en la Región de las Américas, se notificaron 16.841 casos sospechosos de sarampión, de los cuales 452 casos han sido confirmados en Estados Unidos (280 casos), Canadá (138), Argentina (14), México (7), Brasil (4), Bolivia (3), Bermuda (2), Perú (2) y Turks and Caicos Islands (2).

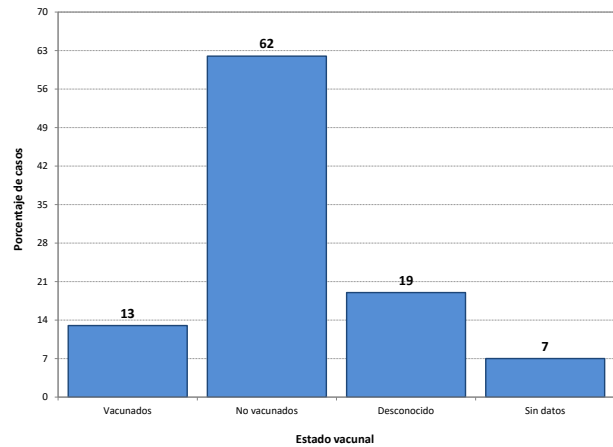
La distribución de los casos confirmados por SE muestra un incremento de casos partir de la SE 7 de 2024, con el número máximo de casos en la SE 12. A partir de la SE 13 se observa una tendencia general al descenso que se mantiene hasta la SE 43. A partir de la SE 44, se observa un segundo incremento de casos confirmados debido a un brote en una comunidad renuente a la vacunación. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (27%), el grupo de 1-4 años (25%) y al grupo de 20-29 años (23%). Con relación a los antecedentes de vacunación, 62% de los casos no estaba vacunado y en 19% dicha información era desconocida o ausente.



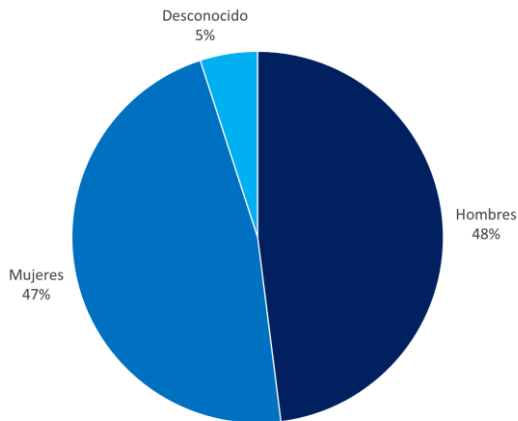
Casos confirmados de sarampión, según país o territorio. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 47. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



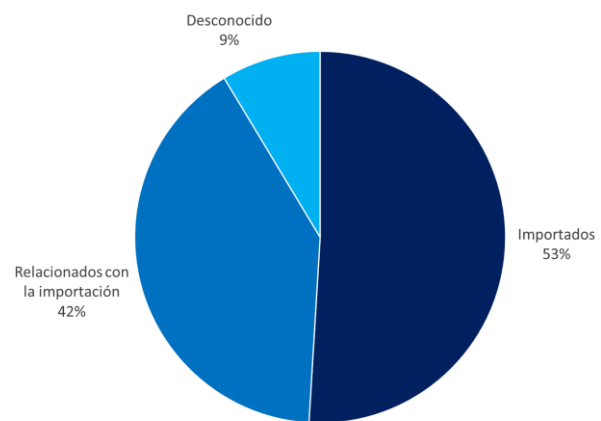
Porcentaje de casos, según grupos etarios. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 47. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Porcentaje de casos, según estado de vacunación. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 47. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Porcentaje de casos, según sexo. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 47. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Porcentaje de casos, según fuente de infección. Región de las Américas. Año 2024, hasta semana epidemiológica 47. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Coberturas de vacunación en la Región de las Américas

Durante 2024, la OPS/OMS alertó en tres ocasiones (el 29 de enero, el 3 de junio y el 28 de octubre) sobre la disminución de las coberturas de la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP1 y SRP2) y la ocurrencia de casos de sarampión en países y territorios de la Región de las Américas.

Para el año 2023, 42 países y territorios de las Américas reportaron a la OPS las coberturas de vacunación SRP1 y SRP2. En relación con la aplicación de la SRP1, 12 países y territorios de la Región presentan coberturas superiores a 95%, 15 tienen coberturas de 90-94%, nueve coberturas de 80-89% y seis coberturas menores a 80%. Con respecto a la aplicación de la SRP2, solo siete países y territorios presentan coberturas mayores a 95%, mientras que 21 presentan coberturas inferiores a 80%. La cobertura para la Región de las Américas es de 87% para SRP1 y de 76% para SRP2.

Situación epidemiológica de sarampión por país/territorio

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica del sarampión en los países y territorios que han notificado casos confirmados en las Américas en 2024.

Desde la última alerta epidemiológica publicada el 28 de octubre de 2024, los países y territorios que han reportado casos confirmados en la Región de las Américas fueron Argentina, Bermuda, Brasil, Canadá y Estados Unidos.

- **Argentina:** En 2024, hasta la SE 44, se confirmó un total de 14 casos de sarampión. El 8 de octubre, el Ministerio de Salud emitió una alerta epidemiológica ante la confirmación de

dos casos en Lamarque, provincia de Río Negro, en personas sin antecedente de viaje, que habían tenido contacto con personas que habían viajado y a su regreso habían presentado sintomatología compatible. Hasta la SE 42 del 2024, en este brote se confirmaron 11 casos, tres de ellos con antecedente de viaje reciente a Colonia Pirai, Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia, en la misma zona donde se había notificado un caso confirmado de sarampión en el mes de agosto. Los restantes ocho casos son familiares de los tres casos que viajaron (casos secundarios relacionados a esta importación). Otros contactos familiares con antecedente de vacunación permanecieron asintomáticos durante el periodo de seguimiento. No se registraron casos confirmados fuera de los contactos familiares. Todos los casos fueron confirmados por laboratorio. Las personas sintomáticas identificadas no contaban con antecedente de vacunación contra sarampión. Los casos confirmados corresponden a personas entre 18 meses y 34 años. En este brote se determinó el genotipo B3 (Sequence ID 8532) que fue reportado previamente por Estados Unidos en casos de sarampión presentados en el estado de Oregon.

Anteriormente, en enero de 2024, se confirmó un caso en un niño de 19 meses sin antecedente de vacunación en la provincia de Salta, se detectó el genotipo D8 linaje MVs/Patán.IND/16.19. No se identificó la fuente por lo que el caso se clasificó como de origen desconocido. No se presentaron casos secundarios. En febrero de 2024, se registraron dos casos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un niño de seis años (caso importado) y su hermano de 13 meses (relacionado a la importación). Los niños eran residentes de Barcelona, España, y se encontraban de viaje en Argentina cuando fueron detectados. No estaban vacunados contra el sarampión. El genotipo detectado fue B3, linaje MVs/Manchester.GBR/44.23.

- **Bermuda:** En la SE 47 de 2024, el Ministerio de Salud confirmó dos casos en un adulto y un menor de edad con antecedente de viaje a Singapur. El 20 de noviembre, se confirmó el primer caso de sarampión en un hombre de 45 años que inició síntomas el 1 de noviembre, que requirió hospitalización, y a la fecha se ha recuperado. Se obtuvo una muestra de suero del paciente el 11 de noviembre la cual fue positiva para anticuerpos IgM en el laboratorio diagnóstico de referencia privado en Estados Unidos. El segundo caso es un menor de siete meses sin antecedente de vacunación por su edad y contacto domiciliario del primer caso, que inició síntomas el 9 de noviembre. El menor requirió hospitalización y a la fecha se ha recuperado. Se obtuvo una muestra de suero y un hisopado nasofaríngeo del paciente el 14 de noviembre; la muestra de suero fue positiva para anticuerpos IgM en el laboratorio diagnóstico de referencia privado en Estados Unidos. El hisopado nasofaríngeo fue positivo por reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) en el laboratorio de referencia de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA).
- **Bolivia:** En 2024, hasta la SE 48, se confirmaron tres casos. En febrero de 2024, el Ministerio de Salud y Deportes confirmó un caso en una niña de siete años residente de la ciudad de Bermejo, Tarija. El caso tenía como antecedente de viaje reciente un desplazamiento al interior del país, a la ciudad de El Alto en el departamento de la Paz. La niña presentó evolución clínica favorable. No se identificó la fuente de infección y no se detectaron casos secundarios. En julio de 2024 se confirmó el segundo caso, en un masculino de 2 años residente del departamento de Oruro. El paciente presentó como antecedente y lugar probable de exposición un viaje realizado al departamento de La Paz, al municipio de Colquiri. No se presentaron casos secundarios.

El tercer caso confirmado fue reportado el 8 de agosto por el Ministerio de Salud y Deporte. Se trató de un caso importado en una persona de 42 años que residía en Estados Unidos, de

origen ruso, que fue atendida en un Centro de Salud de la Comunidad Residente, en el municipio de San Pedro, en la colonia rusa Pirai, departamento de Santa Cruz. El caso refirió contacto reciente con un caso de sarampión en el estado de Oregon, en Estados Unidos. Hasta la SE 48, Bolivia no ha reportado nuevos casos de sarampión relacionados con esta importación, ni otros casos adicionales.

- **Brasil:** En 2024, hasta la SE 49, se confirmaron cuatro casos, con dos casos adicionales reportados desde la última alerta. El primer caso confirmado fue en el estado de Rio Grande do Sul y el segundo en el estado de Minas Gerais. El caso en Rio Grande do Sul correspondió a un niño de 3 años, sin antecedentes de vacunación, procedente de Pakistán. El genotipo detectado fue B3. El caso presentó una evolución favorable, sin identificarse casos secundarios. En agosto de 2024, se confirmó un caso en el estado de Minas Gerais en un joven de 17 años, vacunado, procedente de Inglaterra. Se detectó el genotipo D8 y linaje Victoria con 100% de identidad genómica. El caso presentó una evolución favorable, sin identificarse casos secundarios.

El 29 de octubre se notificó la confirmación de dos casos nuevos en dos viajeros procedentes de Europa en el estado de Sao Paulo. Se trató de dos casos importados contactos de un caso confirmado en Portugal. Los casos, una mujer de 35 años, con antecedente de vacunación en 2019, presentó exantema el 7 de octubre y un hombre de 37 años, sin antecedente de vacunación, presentó exantema el 8 de octubre. Los casos fueron confirmados por detección de genoma viral del virus del sarampión, mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa cuantitativa (RT-qPCR). Se identificó el genotipo D8, con identidad genómica de 99,6% con la cepa MVs/Bern.CHE.17.24/2. Este linaje no se había detectado en casos anteriores en Brasil. No se han reportado nuevos casos relacionados con esta importación. En Brasil, el último caso endémico de sarampión se registró en junio de 2022.

- **Canadá:** En 2024, hasta la SE 48, se notificó un total de 138 casos confirmados en seis provincias incluido un caso fatal. Los casos se distribuyeron en Quebec (53 casos), New Brunswick (47), Ontario (35), Alberta (1), British Columbia (1) y Saskatchewan (1). De los 138 casos confirmados, 23% fueron importados, 72% relacionados con la importación y 5% de origen desconocido. De los 138 casos confirmados, 83% no estaban vacunados o su antecedente es desconocido (114 casos). El 46% de los casos (63) son mayores de 18 años, seguido de 24% de los casos (33) en el grupo de menores de cinco años. El caso fatal reportado fue un niño menor de cinco años, sin antecedentes de vacunación, residente en la provincia de Ontario. Los genotipos B3 y D8 fueron identificados en 53 y 24 de los casos confirmados, respectivamente. Se han identificado seis brotes; 56 casos (41%) están relacionados con el brote reciente de New Brunswick y Ontario. El último caso confirmado asociado a este brote inicio el exantema el 23 de noviembre.
- **Estados Unidos:** En 2024, hasta la SE 48, se identificaron 280 casos confirmados en 32 jurisdicciones, incluidas la ciudad de New York, el Distrito de Columbia y los estados de Arizona, California, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New México, North Carolina, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia y Wisconsin. Se ha notificado un total de 16 brotes, el más grande en un albergue para migrantes en Chicago en el estado de Illinois. En general, 70% de los casos notificados (197 casos) se encuentran asociados a estos 16 brotes. El inicio de la erupción del último caso confirmado en Estados Unidos es el 16 de noviembre. El 41% de los casos se registra en el grupo de menores de cinco años (116 casos), seguido

por el grupo de 5 a 19 años con 31% de los casos (87). Con relación al antecedente de vacunación en los casos confirmados, 67% no estaba vacunados, 22% tiene un antecedente de vacunación desconocido, 7% ha recibido una dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP) y 4% ha recibido dos dosis de la SRP. El 40% de los casos fueron hospitalizados (112 casos) para aislamiento o manejo de complicaciones. El aislamiento en el hospital fue necesario durante el brote de Chicago, debido a la falta de instalaciones de aislamiento, lo que contribuyó a un aumento de la tasa típica de hospitalización anual por sarampión de 20%. De los 222 casos no asociados con el brote de Chicago, 29% (65 casos) fueron hospitalizados. Se identificó el genotipo B3 del virus en 58 casos (21%) y el genotipo D8 del virus del sarampión en 156 casos confirmados (56%).

- **Turks and Caicos Islands:** Durante la SE 20 de 2024 se notificaron dos casos que fueron confirmados por el laboratorio de CARPHA. Estos casos son los primeros casos reportados en Turks and Caicos Islands desde 1991. El primer caso corresponde a un niño de seis años, residente de la isla de Providenciales, sin historial de vacunación contra el sarampión, sin antecedente de viaje, y que presentó inicio de síntomas el 29 de abril. El segundo caso corresponde a un hombre de 21 años, sin antecedente de vacunación ni antecedente de viaje, residente en la isla de Providenciales, que inicio síntomas el 18 de abril. Estos dos casos se encuentran relacionados por nexo epidemiológico, no se identificó la fuente de infección y no se han detectado casos secundarios.
- **México:** En 2024, hasta la SE 48, se han confirmado siete casos. El primer caso, notificado en marzo, corresponde a un niño de 4 años, procedente de Inglaterra. Relacionado a este caso se identificaron el segundo, tercero, cuarto y quinto caso, representando cuatro casos adicionales: tres adultos y un niño de seis meses de edad quienes estuvieron en contacto con el caso índice durante el vuelo y en el aeropuerto en México. Para estos casos, los estudios de secuenciación y genotipificación identificaron el genotipo D8 con linaje MVs/Patan.IND/16.19. El sexto caso confirmado en abril de 2024 corresponde a un niño de 11 años, residente de la Ciudad de México, sin antecedente vacunal y sin antecedente de viaje fuera de la zona de residencia. En la investigación epidemiológica se concluyó que era un caso secundario al cuarto caso, con fuente de infección asociado a la importación.

En mayo de 2024 los Servicios de Salud del Estado de Guanajuato, México, reportaron un caso en un hombre de 18 años, de nacionalidad turca, con antecedente de viaje a Guatemala y El Salvador. Los estudios de secuenciación y genotipificación determinaron el genotipo D8 con linaje MVs/Bern.CHE/17.24/2. El seguimiento del paciente se dio únicamente por vía telefónica, sin poder establecer la residencia exacta dentro de México. A través del Instituto Nacional de Migración, se confirmó que el paciente se trasladó a Estados Unidos. No se presentaron casos secundarios.

- **Perú:** En 2024, hasta la SE 48, se confirmaron dos casos. El primer caso se trata de un hombre de 21 años, residente del distrito de Surco, Lima; sin evidencia de vacunación contra el sarampión, con historial de viaje a varios países de Europa, con inicio de síntomas el 2 de enero; tuvo resultados positivos para las pruebas de IgM y PCR en el Laboratorio de Referencia Nacional el 27 de enero. El segundo caso confirmado correspondió a una niña de 10 meses quien no presentó antecedente de vacunación por la edad, ni antecedente de viaje; era residente del distrito de Surco, Lima; presentó síntomas el 4 de febrero e inicio de erupción el 7 de febrero. El caso tuvo resultados positivos para las pruebas de IgM y PCR el 14 de febrero en el Laboratorio de Referencia Nacional de Perú.

Creada por la Ley N° 13.504/2017, Diciembre Rojo es una importante campaña de movilización en Brasil en la lucha contra el VIH, el sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). El objetivo de la campaña es llamar la atención sobre la prevención, asistencia y garantía de los derechos de las personas portadoras del VIH. Diciembre fue elegido por el Ministerio de Salud porque el 1 de diciembre es el Día Mundial del Sida.

A pesar de todos los esfuerzos de la campaña, una parte de la población acaba siendo “olvidada”, indirectamente, por diferentes motivos. Estos son los ancianos. Datos del Boletín Epidemiológico sobre VIH/Sida del Ministerio de Salud muestran que entre 2011 y 2021 hubo 12.686 diagnósticos positivos para VIH en este grupo etario mayor de 60 años. Respecto al sida, se reportaron 24.809 casos y 14.773 muertes a consecuencia de la enfermedad.

Según las estadísticas oficiales, en 2011, 360 brasileños de más de 60 años dieron positivo para el VIH, pero en 2021 esa cifra saltó a 1.517. La participación relativa de las personas mayores en el porcentaje total de nuevos casos también creció, pasando de 2,6% en 2011 al 3,7% actual.

El Boletín destaca también que este grupo etario es el único en el que se ha producido un aumento porcentual de muertes por VIH a lo largo de estos diez años. Para el geriatra y presidente de la Sociedad Brasileña de Geriatria y Gerontología (SBGG), Dr. Marco Túlio Gualberto Cintra, estos datos refuerzan la importancia de orientar medidas preventivas, garantizar el diagnóstico precoz y el acceso a tratamientos continuos y especializados para la población mayor de 60 años, que incluye reforzar la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) y al tratamiento de infecciones oportunistas, además de un seguimiento periódico con profesionales de la salud capacitados. “No podemos olvidar el tema de la salud mental y emocional de estas personas, ya que el estigma social relacionado con el VIH y el sida puede afectar la autoestima y el bienestar psicológico de las personas mayores. Por lo tanto, este apoyo debe ser parte del tratamiento”.

Factores

La situación merece atención. Entre 2011 y 2021, el número de personas mayores que dieron positivo al VIH se cuadruplicó y, según el geriatra y presidente de la SBGG, como ocurre con todo lo que involucra a las personas mayores, este aumento de casos de VIH no tiene una sola causa. Según Cintra, el primer factor está relacionado con el escaso uso del condón, pues ya no existe preocupación por un posible embarazo. “Se debe dejar claro a este grupo de edad que el preservativo no sólo es un método anticonceptivo, sino también una alternativa muy eficaz para evitar muchas ITS, incluido el VIH”, reforzó, comentando que el segundo factor es la popularización de los medicamentos contra la disfunción eréctil, que han prolongado la vida sexual de muchos hombres. Cintra también explicó que muchas personas mayores están divorciadas o viudas, lo que les hace sentirse más libres para otras relaciones y acaban descuidándose a sí mismos. Además, las aplicaciones de citas también ayudan en esta cuestión, facilitando la vinculación.

También existen algunos factores biológicos de la edad que aumentan el riesgo de infección. Explica que la mala lubricación de la vagina y el ano, por ejemplo, y la fragilidad del sistema de

defensa del cuerpo en estos lugares facilitan la entrada del VIH y aunque ha habido un aumento en el número de pruebas y diagnósticos, la información sobre las pruebas es publicitada de manera insuficientemente, lo que contribuye a que no siempre se produzca una detección precoz. “Desafortunadamente, incluso cuando la persona mayor ya presenta síntomas, como una pérdida severa de peso, los médicos siempre sospecharán de un cáncer u otra enfermedad, pero rara vez del VIH. Esto sigue siendo un tabú en los consultorios. Es un mito creer que las personas mayores ya no tienen libido y una vida sexual activa, y esto dificulta la prevención de la enfermedad y el diagnóstico precoz”.

Según el geriatra, campañas como Diciembre Rojo también deben llegar a las personas mayores, ya que el mayor foco está puesto en los más jóvenes, por lo que no se llega a ellos.

Qué hacer

Generalmente, según Cintra, la reacción de la persona mayor al conocer la enfermedad es de negación, enfado, perplejidad o tristeza. El geriatra reforzó que este es el momento de acompañar a la persona, sin ningún tipo de juicio, para que el tratamiento pueda comenzar lo antes posible. “Afortunadamente, hoy existen tratamientos eficaces con las llamadas terapias anti-retrovirales, que permiten controlar la carga viral. Sin embargo, el uso de estos medicamentos tiene algunas particularidades en este grupo de edad, y es común que las personas presenten comorbilidades y enfermedades crónicas”, dice el geriatra y presidente de la SBGG, revelando que la solución es que el médico adapte el tratamiento y elija medicamentos que no perjudiquen el funcionamiento de los riñones, el corazón o los huesos, por ejemplo. Según él, en ciertos casos, debido a interacciones medicamentosas, es necesario ajustar las dosis o los principios activos para controlar enfermedades como diabetes, dislipidemia e hipertensión. “El objetivo principal es no afectar la eficacia de la terapia antirretroviral”.



COSTA RICA

MÁS DE CIEN CASOS DE TOS
CONVULSA EN LO QUE VA DEL AÑO

08/12/2024

La tos convulsa es una enfermedad de las vías respiratorias, prevenible por vacuna, que afecta a todos los grupos de edad, especialmente a los menores de un año. Es una infección bacteriana aguda causada por *Bordetella pertussis* o *Bordetella parapertussis*, patógenos exclusivamente humanos que pueden afectar a individuos de todas las edades.

En Costa Rica, a la semana epidemiológica (SE) 49, según datos notificados al sistema de vigilancia, se han confirmado por laboratorio 103 casos de tos convulsa, lo que representa una tasa de dos casos confirmados por laboratorio cada 100.000 habitantes.

Todos los grupos de edad notifican casos, sin embargo, los más afectados son el de menos de 1 año (17,5% del total) y el de 1 a 9 años (51,4%). Respecto del sexo, el masculino registra el mayor número de casos (60% del total de casos confirmados).

La región del Ministerio de Salud que ha diagnosticado más casos en el año 2024 es la Central Este; sin embargo, la Región Huetar Norte durante los meses de octubre y noviembre notificó un aumento considerable de casos, con ocho casos, tres hombres y cinco mujeres con un rango etario de 14 a 70 años, en los distritos de Fortuna (3 casos), Ciudad Quesada (3), Florencia (1) y Aguas Zarcas (1). De los ocho casos, seis corresponden a un brote de casos confirmados por laboratorio (el primer caso inició síntomas el 31 de octubre de 2024). Todos los casos confirmados se encuentran en aislamiento, con tratamiento y las recomendaciones de salud respectivas. Los contactos de los casos se han identificado, se abordaron, se tomaron muestras de laboratorio, se aislaron y se les indicó tratamiento profiláctico. No se han registrado más casos asociados al brote.

El trabajo realizado por el personal médico y de vigilancia de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como la coordinación y trabajo en equipo con el Ministerio de Salud, para el abordaje de los casos y contactos, ha permitido contener el brote.

La leptospirosis, una infección grave causada por la bacteria *Leptospira interrogans*, se cobró su primera víctima de 2024 en Panamá. El 2 de diciembre, una mujer de 44 años, residente en La Pintada, provincia de Coclé, falleció en el Hospital Integrado 'Aquilino Tejeira', de Penonomé, informaron las autoridades sanitarias.

La paciente presentó un cuadro grave que incluyó fiebre repentina, dolores musculares y de cabeza, además de dificultad respiratoria en las etapas más avanzadas de la enfermedad. Según el Ministerio de Salud, la mujer vivía en una comunidad rural donde consumía agua no tratada proveniente de una quebrada, que almacenaba en tanques.

La leptospirosis es una enfermedad zoonótica, que se transmite de animales a humanos, principalmente a través del contacto con agua o suelo contaminados por la orina de animales infectados, como perros, roedores, vacas y caballos. El contagio puede ocurrir al beber agua contaminada o al entrar en contacto directo con superficies infectadas.

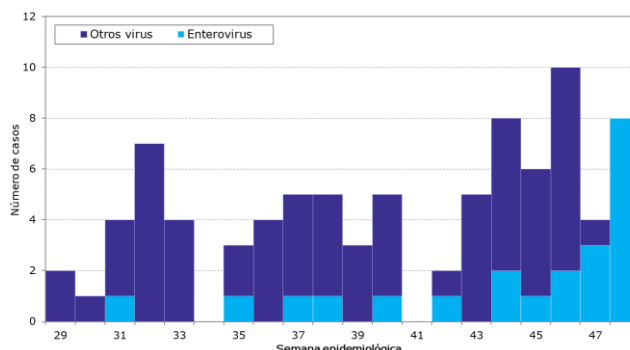
El Instituto Conmemorativo 'Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud confirmó al Ministerio de Salud mediante estudios que el caso analizado era de leptospirosis.

Un informe de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud señaló que se han registrado 63 casos y una defunción durante 2024, mientras que hasta septiembre del año pasado se habían reportado 75 casos.



Las meningitis de origen viral son muy comunes. Son varios los agentes virales que pueden causar meningitis, que en algunos casos pueden dejar secuelas crónicas incluyendo parálisis. Otros, como algunos enterovirus, producen brotes con gran número de casos. La sospecha oportuna es fundamental para orientar las medidas de control. La notificación permite la investigación de los casos y la selección de una adecuada intervención.

Teniendo en cuenta el aumento de casos de meningoencefalitis viral por enterovirus, y coincidente con periodo estacional de la enfermedad que, además, afectan principalmente a la edad pediátrica, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay emitió una [Alerta Epidemiológica](#) en la cual solicita a todas las Direcciones Generales, y a los Servicios de Salud Públicos y Privados que continúen y fortalezcan las acciones en sus componentes de atención y manejo clínico, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud.



Casos de meningoencefalitis virales, según etiología. Paraguay. Año 2024, semanas epidemiológicas 29 a 48. Fuente: : Vigilancia Universal de Meningoencefalitis aguda y Enfermedad Meningocócica.

Antecedentes

Los brotes de meningoencefalitis viral relacionados con enterovirus mostraron un patrón estacional recurrente en los periodos comprendidos entre noviembre de 2014 y abril de 2015, y entre noviembre de 2018 y febrero de 2019. En los años pandémicos –2020 a 2022– hubo una circulación esporádica, al igual que en el año 2023.

Situación nacional

El sistema de vigilancia de meningoencefalitis agudas detectó un aumento sostenido en la identificación de enterovirus como agente causante de meningoencefalitis en edad pediátrica en las últimas tres semanas. Desde la SE 29 a SE 48, se han identificado 22 casos confirmados de meningoencefalitis por enterovirus (13/22 en las últimas tres semanas), con predominio en edad pediátrica de 95% (21/22), especialmente en los grupos de menores de 2 años (6/22) y de 5 a 9 años (6/22).

La meningitis viral o aséptica, es un síndrome clínico relativamente común que puede adquirir gravedad, causado por diversos patógenos virales. Se caracteriza por un cuadro febril de comienzo repentino, con signos y síntomas de afección meníngea que rara vez dura más de 10 días. En general se presenta en niños pequeños, pero puede afectar también a adolescentes y adultos.

La causa más común de meningitis aséptica es la infección por enterovirus, tanto en casos esporádicos como en brotes epidémicos, y se estima que representan 80% de los casos de causa conocida. La prevalencia de las infecciones por enterovirus tiene un patrón estacional, con mayor incidencia en verano y otoño en países de clima templado. Son virus ubicuos siendo el hombre el único reservorio conocido. El enterovirus es altamente contagioso y su diseminación ocurre por vía fecal-oral y por secreciones respiratorias. El período de incubación generalmente es de 1 a 3 días.

El género *Enterovirus* pertenece a la familia Picornaviridae, que comprende 29 géneros, dentro de los que se encuentran los enterovirus y los parechovirus, las principales causas de meningitis aséptica en neonatos y niños.

El género *Enterovirus* se divide en 12 especies según características moleculares y serotípicas: *Enterovirus* A-D en humanos, *Enterovirus* E-J en animales, y *Rhinovirus* (A-C).

Los *Enterovirus* A y B incluyen a su vez los genotipos Poliovirus, virus Coxsackie A y B, Echovirus (E) y Enterovirus.

Los enterovirus están asociados a una gran variedad de manifestaciones clínicas que varían según la virulencia del virus y la inmunidad del hospedador. Las mismas van desde infecciones respiratorias, gastrointestinales, conjuntivitis hemorrágica y varios cuadros exantemáticos y febriles hasta cuadros más severos como meningitis aséptica, encefalitis, parálisis flácida, miocarditis o sepsis.

Hasta el momento, al no existir un tratamiento específico para las infecciones por enterovirus, el mismo es solo sintomático. Existe evidencia de la administración de inmunoglobulina intravenosa, con resultados variables en la disminución de la viremia.

La transmisión puede reducirse con medidas simples como el lavado de manos y la correcta disposición final de pañuelos descartables. Se debe evitar el contacto con pacientes infectados, sobre todo los niños inmunocomprometidos y embarazadas.



ÁFRICA

ESTADO DE SITUACIÓN DEL CÓLERA

09/12/2024

El brote de cólera en la Región Africana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2024 ha afectado a 17 países: Burundi, Camerún, Comoras, Etiopía, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Sudáfrica, Togo, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe; un nuevo país –Níger– notificó casos confirmados. La situación es especialmente grave en tres países –Etiopía, Nigeria y República Democrática del Congo–, que actualmente se encuentran en la categoría de países en crisis aguda.

Las subregiones occidental y oriental del continente, que se encuentran ahora en la temporada de lluvias, están empezando a experimentar un resurgimiento de los brotes de cólera. El fenómeno de El Niño provocó sequías en Zambia y Zimbabwe y un aumento de los niveles de precipitaciones, lo que provocó inundaciones y deslizamientos de tierra en algunas comunidades de Kenya y Tanzania. Esto tiene el potencial de exacerbar el aumento de los casos de cólera y aumentar el riesgo de brotes en distritos y países que no han notificado nuevos casos confirmados o brotes de cólera controlados anteriormente. La estacionalidad de los brotes de cólera sigue siendo un problema que los países deben tener en cuenta. Es necesario que los Estados miembros mejoren la preparación para el cólera, intensifiquen la vigilancia y amplíen las medidas de prevención y control en las comunidades y en las inmediaciones de los cruces fronterizos. Esto también exige la pronta identificación de los casos y la instauración de un tratamiento desde las comunidades mediante el establecimiento de puntos de rehidratación oral y la remisión de los casos a centros o unidades de tratamiento del cólera. Estas medidas evitarán los brotes, generarán una respuesta temprana y reducirán la transmisión transfronteriza.

En 2024, hasta el 30 de septiembre, el número de casos y muertes por cólera notificados a la Oficina Regional de la OMS para África fue de 127.598 y 2.266, respectivamente, con una tasa de letalidad de 1,8%. La República Democrática del Congo, Etiopía, Nigeria, Zambia y Zimbabwe representan 78,8% del total de casos (100.548) y 86,6% del total de muertes notificadas este año (1.963).

En septiembre de 2024, diez países (Burundi, Comoras, Etiopía, Ghana, Malawi, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Tanzania y Togo) notificaron un total de 7.924 casos nuevos y 208 muertes (tasa de letalidad de 2,6%).

Entre el 1 de enero de 2022 y el 30 de septiembre de 2024, se notificó un total acumulado de 414.957 casos de cólera, incluidas 7.393 muertes (tasa de letalidad de 1,8%). Etiopía, Malawi, Mozambique, Nigeria y República Democrática del Congo representan 72,1% de todos los casos acumulados (299.009) y 65,7% de las muertes notificadas (4.857). Actualmente, la transmisión está activa en diez países.

El número de casos en 2024 ha disminuido en comparación con 2023. De enero a septiembre, los casos disminuyeron 15,3%, de 150.627 en 2023 a 127.598 en 2024. Sin embargo, hubo un aumento (8,2%) en el número de muertes, con 2.094 muertes en 2023 y 2.266 en 2024. Esto se debió a una gran cantidad de muertes notificadas en la subregión sur, principalmente en Zambia y Zimbabwe (ambos países que han controlado sus brotes ahora) a principios del año en curso y recientemente en Nigeria, Níger y Tanzania. Sin embargo, el número de muertes notificadas en 2024 fue menor que en 2023 entre las semanas epidemiológicas 17 a 23, antes de un aumento en la semana 24. La tasa media de letalidad de enero a septiembre fue de 1,4% en 2023, frente a 1,8% en 2024.

Puede consultarse el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

En Dhaka se ha detectado el virus Zika y en los últimos tres meses se han identificado ocho casos. El año pasado, también se diagnosticó el virus a cinco personas, todas las cuales se recuperaron tras recibir tratamiento médico.

La profesora Tahmina Shirin, directora del Instituto de Epidemiología, Control de Enfermedades e Investigación (IEDCR), confirmó los datos el 27 de noviembre.

El virus Zika se detectó por primera vez en el país en 2014. No existe un tratamiento específico para la infección; el tratamiento es sintomático.

Los investigadores observaron un aumento de casos de fiebre chikungunya en Dhaka junto con los de fiebre zika, lo que indica que la población de la ciudad se está viendo afectada por tres enfermedades –dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika–, todas transmitidas por mosquitos *Aedes*.

El IEDCR indicó que no existe un tratamiento específico para la fiebre zika. Se recomienda a los pacientes descansar, consumir abundante líquido y tomar medicamentos para la fiebre y el dolor, según prescripción médica. Si la condición del paciente empeora, debe comunicarse con el hospital público más cercano o solicitar su ingreso.

Los científicos identifican dos linajes del virus Zika: el africano y el asiático. Según fuentes del Centro Internacional de Investigación de Enfermedades Diarreicas de Bangladesh (ICDDR,b), los análisis han confirmado que el linaje detectado en Dhaka corresponde al tipo asiático.

El virus Zika es transmitido principalmente por mosquitos infectados del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*, en las regiones tropicales y subtropicales. El virus también puede transmitirse de la madre al feto durante el embarazo, así como a través del contacto sexual, transfusiones de sangre y productos sanguíneos y, posiblemente, a través del trasplante de órganos.

No existe un tratamiento específico disponible para la infección o la enfermedad por el virus Zika.

Las personas con síntomas como sarpullido, fiebre o dolor en las articulaciones deben hacer reposo, beber líquidos y tratar los síntomas con antipiréticos o analgésicos. Se deben evitar los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos hasta que se descarte la infección por el virus Dengue debido al riesgo de hemorragia. Si los síntomas empeoran, los pacientes deben procurar atención médica y asesoramiento.

Las mujeres embarazadas que viven en áreas con transmisión del virus Zika o que presentan síntomas de infección por el virus deben buscar atención médica para realizar pruebas de laboratorio, obtener información, asesoramiento y otros cuidados clínicos.

Un brote de hepatitis A detectado a principios de octubre en Santa Eulària des Riu suma ya 23 contagios confirmados, según la última actualización del Servei de Salut de Balears. La cifra de contactos citados para vacunarse asciende a 513 adultos y 378 niños, totalizando casi 900 personas.

Hasta la fecha, se han vacunado 289 adultos (56,3% de los citados) y 221 menores (58,5%), tras una segunda convocatoria destinada a aumentar la cobertura de inmunización.

El brote se originó en una escoleta de la Villa del Río y afectó también a dos colegios. Inicialmente, se confirmaron 16 casos, pero la cifra subió a 19 a fines de octubre y actualmente llega a 23. Las primeras investigaciones señalaron una relación epidemiológica materno-filial en algunos casos y transmisión por contacto estrecho entre menores relacionados con los tres centros educativos.

Medidas preventivas

Salud Pública insistió en la vacunación de contactos estrechos como principal estrategia para frenar la expansión del virus. Además, se solicitó a los centros educativos extremar las medidas higiénicas, especialmente en baños y comedores, y se han enviado alertas epidemiológicas a todos los centros sanitarios de la isla.

El brote generó preocupación en la comunidad local, pero las autoridades reiteran que la vacunación es clave para controlar la situación. La hepatitis A es generalmente asintomática en niños menores de seis años, pero puede tener complicaciones más graves en adultos o personas con factores de riesgo.

Todos los médicos que se han enfrentado a ella la describen como “terrible y devastadora”. Una infección que golpea principalmente a niños y adolescentes, y “que provoca que pasen de estar sanos y felices a desarrollar un cuadro clínico fulminante en 24 horas”, resumió María Teresa Ledo Varela, vocal de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS).

La muerte de la gimnasta de 17 años María Herranz, el pasado mes de abril en Guadalajara, es el último ejemplo conocido de la virulencia con la que puede golpear la bacteria *Neisseria meningitidis*, comúnmente denominada meningococo.

Una de cada 10 personas que desarrolla la enfermedad meningocócica invasiva morirá y una cuarta parte de los supervivientes sufrirá graves secuelas (neurológicas, amputaciones...). Una enorme carga que ha logrado ser reducida en buena parte gracias a las vacunas, especialmente la indicada contra el serogrupo C, uno de los más peligrosos de los presentes en España. Si en el año 2000 fueron registrados 373 casos y 51 fallecimientos por meningitis C, en lo que va de año solo se han producido cuatro diagnósticos, según datos provisionales del Instituto de Salud ‘Carlos III’. Un descenso que, aunque en menor medida, también se observa en los otros serogrupos como el B.

Estos avances, sin embargo, siguen sin resolver una gran incógnita que el meningococo plantea a investigadores y especialistas desde hace décadas. “La incidencia de la enfermedad presenta en España diferencias entre comunidades y es, en general, más elevada en las del norte, sin que sepamos las razones. Estas diferencias se han mantenido a pesar del descenso registrado en las incidencias de los distintos serogrupos”, explicó Marta Soler Soneira, responsable de vigilancia de enfermedades invasivas inmunoprevenibles del Centro Nacional de Epidemiología (CNE).

Soler Soneira lidera ahora un equipo multidisciplinar que, dentro del programa europeo de epidemiología EPIET, busca encontrar la respuesta. “Se ha barajado la posibilidad de que influyan cuestiones climáticas que llevan a la población a pasar más horas en espacios cerrados compartidos con numerosas personas. Pero se necesita avanzar en las investigaciones para determinar si existe una influencia de otros factores sociales y culturales. Lo que queremos ver primero, sin embargo, es si existen dentro de estas comunidades algunas zonas con mayor riesgo en las que focalizarnos para encontrar claves que nos ayuden a dar una explicación”, añadió Soler.

Lo que sí ha comprobado el equipo que dirige esta investigadora es que las diferencias entre comunidades no se deben a las coberturas de vacunación –en general son similares y muy elevadas en todas las autonomías–, demográficas o de notificación. Los primeros resultados sobre la incidencia de la enfermedad meningocócica en España han sido presentados en el congreso ESCAIDE, celebrado recientemente en Stockholm (Suecia) y organizado por el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC).

Fernando Moraga-Llop, pediatra y portavoz de la Asociación Española de Vacunología (AEV), trabajó durante cuatro décadas en el Hospital Infantil Vall d’Hebron (Barcelona) y aún siente

impotencia al recordar muchos casos. “Llegaban niños a urgencias con fiebre y, en pocas horas, desarrollaban los síntomas característicos de la enfermedad: rigidez de la nuca, confusión, vómitos... Lo intentábamos todo, pero se nos iban. Nada era capaz de frenar el avance de la enfermedad”, rememoró.

Sorprendentemente, la bacteria *Neisseria meningitidis* vive en las vías respiratorias altas de cerca de 10% de la población sin causar ningún problema. “Existen portadores sanos en los que el sistema inmunitario mantiene a raya a la bacteria. Pero esto puede cambiar en algunas circunstancias excepcionales. El meningococo traspasa entonces la barrera de la mucosa nasal y es cuando puede causar meningitis. Esto es más frecuente en niños y adolescentes, que son los grupos de población que sufren mayores incidencias”, contó Ledo Varela, que también es presidenta de la Sociedad Madrileña de Medicina Preventiva (SMMP).

Otro momento delicado es cuando se acaba de producir el contagio. “Esta es la razón por la que, tras detectar un caso o brote, se recomienda a las personas más expuestas una profilaxis antibiótica. Se estima que el riesgo de desarrollar un cuadro grave es entonces mayor”, añadió esta experta.

Existen una docena de serogrupos del meningococo, de los que aproximadamente la mitad causan problemas de salud al ser humano. “En España se produjo un gran cambio a fines del siglo pasado, que fue la irrupción del serogrupo C, también llamada meningitis C. Empezó por Galicia y se fue extendiendo al resto de las comunidades”, explicó Moraga-Llop.

Este hecho llevó a la implantación del primer programa de vacunación sistemática contra el meningococo en España, que fue incluido en el calendario vacunal en diciembre de 2000. Desde entonces, la inmunización contra el patógeno fue evolucionando según los cambios observados en los serogrupos circulantes y la disponibilidad de nuevas vacunas.

Actualmente, y desde 2014, la protección contra el serogrupo C se administra en tres dosis. Las dos primeras en bebés a los 4 y 12 meses, mientras la tercera se retrasa hasta los 12 años. Además, desde 2019, esta tercera dosis también protege contra los serogrupos A, W e Y, cuya incidencia había experimentado un ligero incremento en los años anteriores a la pandemia. También en 2019 se decidió llevar a cabo la llamada “vacunación de rescate” de todos los adolescentes hasta los 18 años con esta dosis tetravalente, lo que significa que protege contra cuatro serogrupos (A, C, W e Y).

“Vacunar a los adolescentes es importante. En primer lugar, porque ellos también sufren la enfermedad, aunque sea en menor medida que la población infantil. Pero, además, ellos son los mayores portadores nasofaríngeos de la bacteria, por lo que al inmunizarlos también se pretende proteger al resto de la población, incluyendo tanto a niños como a la población adulta y mayores de 65 años mediante el desarrollo de protección comunitaria”, sostuvo Soler Soñeira.

Por otro lado, y contra el serogrupo B, desde noviembre de 2022 se acordó la vacunación sistemática común en toda España con tres dosis a los 2, 4 y 12 meses de edad. Esta inmunización, llevada a cabo con la presentación de la marca comercial Bexsero®, de la farmacéutica GSK, resultó más controvertida. Presente en el mercado desde 2015, durante varios años no estuvo financiada por la sanidad pública debido a que la evidencia disponible no avalaba que su balance costo-beneficio fuera favorable. La protección que ofrece la vacuna, por ejemplo, disminuye con el tiempo y tampoco inmuniza contra todos los tipos del meningococo B. Esto, entre otras razones como el elevado precio –una dosis en las farmacias costaba 106 euros–, retrasó durante años la toma de una decisión por parte de los expertos de la Ponencia de Vacunas del

Ministerio de Sanidad, que finalmente acordaron recomendar su uso universal en la población de menor edad y, por tanto, más vulnerable.

Soler Soneira consideró que “la vacunación contra el serogrupo C constituye el mayor éxito” contra la enfermedad, ya que prácticamente eliminó la incidencia de una enfermedad que hace dos décadas causaba cientos de casos y decenas de muertes al año. Respecto del resto de las vacunas, esta especialista consideró que “todavía es pronto para evaluar el programa de vacunación contra el serogrupo B”. Igualmente, también falta tiempo para tener una imagen completa del impacto de la dosis tetravalente a los 12 años. Pese a ello, afirmó esta experta, “está claro que, por el momento, se ha frenado el aumento de la incidencia de los serogrupos W e Y que empezó a verse en 2015, tanto en España como en otros países europeos, ya que no se notifican prácticamente casos en la población infantil y adolescente, que es la población vacunada, lo que habla del éxito de la vacunación”.

Percepción de riesgo

Como sucedió con otras enfermedades, los expertos temen que los buenos resultados de las campañas de vacunación “disminuyan la percepción de riesgo” de la población, lo que a su vez repercute en unas coberturas de vacunación que, por ahora, se mantienen elevadas, pero con algunas diferencias importantes entre las comunidades. La cobertura de la dosis tetravalente a los 12 años, por ejemplo, asciende a 87,7% de media en España, aunque en Baleares cae a 56,9%, mientras en Galicia supera el 97%, según datos del Ministerio de Sanidad.

“No podemos perderle el miedo. La enfermedad meningocócica es algo terrible que castiga especialmente a los niños más pequeños. Cada caso puede ser una vida truncada. Debemos trabajar para mantener unas coberturas elevadas porque es la mejor forma de garantizar una buena protección individual y también colectiva”, insistió Ledo Varela.

En Tigray, la tasa de infección por VIH se ha duplicado en comparación con el periodo previo a la guerra. Según la Oficina de Salud de Tigray, la propagación del virus en la región ha aumentado de 1,4% a 3,0%. Se informó que el VIH está muy extendido en las ciudades de Tigray y en los campos de refugiados.



Un estudio realizado entre mayo y septiembre de 2017, con la participación de la Oficina Regional de Salud y organismos de apoyo, indicó que la propagación del virus en Tigray se ha duplicado. Según la Oficina de Salud de Tigray, hace 20 años, la prevalencia del VIH en la región era mayor que ahora, y las investigaciones confirmaron que la prevalencia del virus en Tigray era de 1,2% antes de la guerra y ahora ha alcanzado el 3%. En Mekelle, la zona sur de Tigray, así como en los asentamientos de desplazados, se dice que la tasa de distribución llega a 6%.

Azmera Asheber, miembro de la Asociación Tesfa Life VIH Positivo, una de las instituciones locales que trabajan en la prevención del VIH/sida en Tigray, y que ha estado viviendo con el virus durante más de 20 años, dice que las nuevas víctimas del virus se identifican todos los días en el Hospital Mekelle, donde trabaja.

Observó que la falta de conciencia de la población sobre el VIH, la situación provocada por la guerra, la falta de recursos preventivos y otras limitaciones son las razones de la propagación del virus en Tigray. El jefe de la Oficina de Salud de Tigray, Dr. Emanuel Haile, dijo: “Antes de la guerra, la prevalencia del VIH en Tigray era de 1,43%. Esto significa que una o dos de cada 100 personas que vivían en Tigray estaban infectadas con el VIH. Sin embargo, el estudio actual muestra que la propagación del virus se ha más que duplicado. Además de esto, el estudio muestra que hay un aumento significativo de prostitutas y que la propagación del virus en las ciudades es mayor que antes. En comparación, las mujeres son las más afectadas”.

En Tigray, las actividades de sensibilización anteriores se habrían ralentizado. Azmera Asheber, afirmó que muchas personas murieron debido a la falta de medicamentos durante la guerra y que, aunque ahora hay algunos cambios, existen limitaciones.



En 2023, los casos de listeriosis alcanzaron su nivel más alto desde 2007, mientras que la campilobacteriosis y la salmonelosis siguieron siendo las enfermedades zoonóticas notificadas con mayor frecuencia en la Unión Europea (UE). En general, los casos notificados de enfermedades zoonóticas en humanos aumentaron, pero los brotes de transmisión alimentaria experimentaron un ligero descenso. Estas son las principales conclusiones del *Informe Anual sobre Zoonosis Una Salud de la Unión Europea* elaborado por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).

El número de casos humanos de listeriosis notificados (2.952) mostró un aumento constante durante el período 2019-2023, alcanzando sus niveles más altos desde 2007. Esto podría estar relacionado con el envejecimiento de la población europea (21,3% de los europeos tiene ahora más de 65 años), que, en relación con la creciente prevalencia de enfermedades crónicas relacionadas con la edad, aumenta el riesgo de síntomas graves en los grupos de mayor edad. Los alimentos listos para el consumo contaminados, como el salmón ahumado en frío, los productos cárnicos y los productos lácteos, son la fuente más común de infecciones. Los últimos datos muestran que la proporción de muestras de categorías de alimentos listos para el consumo que superan los límites de contaminación de seguridad alimentaria para *Listeria monocytogenes* osciló entre 0,11% y 0,78%, y el nivel más alto notificado corresponde a las salchichas fermentadas.

La campilobacteriosis y la salmonelosis fueron las enfermedades zoonóticas notificadas con mayor frecuencia en humanos en la UE. En 2023, se notificaron 148.181 casos de campilobacteriosis, lo que supone un aumento respecto de los 139.225 de 2022.

Después de la campilobacteriosis, la salmonelosis fue la segunda infección gastrointestinal más notificada en humanos, con 77.486 casos, en comparación con los 65.478 casos de 2022. Solo 15 Estados miembros y el Reino Unido (Irlanda del Norte) cumplieron con éxito todos los objetivos establecidos para la reducción de *Salmonella* en las aves de corral, lo que representa una disminución en comparación con 2022, cuando 19 Estados miembros alcanzaron el pleno cumplimiento.

“La presencia persistente de *Salmonella* en las poblaciones de aves de corral pone de relieve la necesidad de una vigilancia continua para combatir las enfermedades transmitidas por alimentos. Las herramientas de vigilancia mejoradas, como la secuenciación del genoma completo, son muy valiosas para detectar y controlar los brotes de forma más eficaz”, afirmó Frank Verdonck, director de la unidad de Riesgos Biológicos y Salud y Bienestar Animal de la EFSA.

El informe también hace un seguimiento de los brotes de transmisión alimentaria en la UE, definidos como eventos durante los cuales al menos dos personas contraen la misma enfermedad a partir del mismo alimento contaminado. En 2023 se notificó un total de 5.691 brotes de transmisión alimentaria, lo que supone un ligero descenso en comparación con el año anterior. Sin embargo, el número de casos humanos, hospitalizaciones y muertes aumentó, y las muertes alcanzaron su nivel más alto en una década. *Salmonella* siguió siendo la principal causa de transmisión alimentaria de brotes, casos, hospitalizaciones y muertes. Las fuentes más frecuentes de brotes de salmonelosis fueron los huevos y sus productos, los alimentos mixtos y

la carne de pollo. El mayor uso de la secuenciación del genoma completo mejoró la sensibilidad de la vigilancia, aumentando la capacidad de detectar brotes en los Estados miembros que la aplicaron.

“El aumento de las consecuencias graves de los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos pone de relieve la amenaza persistente para la salud pública que plantean *Salmonella* y otros patógenos transmitidos por los alimentos. Al integrar la salud humana, animal y ambiental a través de una estrategia de Una Salud, podemos prevenir mejor la propagación de estas enfermedades y proteger la salud pública”, afirmó Céline Gossner, jefa de la Sección de Enfermedades Emergentes, Transmitidas por Alimentos y Vectores del ECDC.

Una Salud es un enfoque multisectorial que tiene como objetivo equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales, las plantas y el entorno que comparten, reconociendo su interconexión. Al promover acciones conjuntas, Una Salud reúne a profesionales de diversas disciplinas para abordar amenazas sanitarias complejas de manera integrada.

Un brote de malaria causó casi 5.000 casos registrados en una sola semana en el estado oriental de Al-Qadarif, en Sudán, según informaron el 30 de noviembre las autoridades sanitarias.

El aumento de casos llevó al Ministerio de Salud a lanzar una campaña de vacunación el 4 de noviembre, dirigida a 15 zonas de Al-Qadarif y la región de an-Nil al-Azraq. La campaña ha administrado 186.000 dosis de la vacuna hasta el momento.



Campo de desplazados de Al-Fao, Al-Qadarif, Sudán.

“El estado está siendo testigo de un aumento significativo de los casos de malaria debido a la degradación ambiental y la propagación de vectores de enfermedades, especialmente en la ciudad de Al-Qadarif”, dijo Wijdan Abdel Bagi, director de programas de control de la malaria en el Ministerio de Salud del estado.

Abdel Bagi informó 4.824 casos confirmados la semana pasada, señalando que el número real probablemente sea mayor, ya que los datos de algunos centros sanitarios aún están pendientes. Advirtió que la situación es “más peligrosa que la del dengue”, en particular debido a la disponibilidad de “medicamentos contra la malaria no registrados en las farmacias”.

Abdel Bagi dijo que los niños se ven afectados de manera desproporcionada por el brote. Destacó los esfuerzos del gobierno para combatir la enfermedad mediante la vacunación y enfatizó la gravedad de la situación, afirmando que “la malaria ocupa el primer lugar entre otras enfermedades”.

La malaria sigue siendo un importante problema de salud pública en Sudán, representando más de 41% de los casos en la Región del Mediterráneo Oriental de la Organización Mundial de la Salud. Según el Informe Mundial sobre la Malaria 2023, Sudán representa 49% de las muertes por malaria en la región, con un promedio diario de 10.000 casos y 21 muertes.

La OMS estima que el año pasado Sudán tuvo 3,4 millones de casos de malaria y 7.900 muertes relacionadas. La mayoría de los casos están causados por *Plasmodium falciparum*, el parásito de la malaria más mortal.

Este brote se ve exacerbado por el conflicto prolongado y las fuertes lluvias que crearon condiciones ideales para la reproducción de mosquitos. Se iniciaron medidas de emergencia, incluida la intensificación del control de vectores y la distribución de suministros médicos. Mientras tanto, Sudán introdujo vacunas contra la malaria por primera vez, dirigidas a los niños en zonas de alto riesgo como Al-Qadarif, lo que marca un paso crítico en la lucha contra la enfermedad a pesar de los desafíos logísticos y de seguridad.



Médicos Sin Fronteras (MSF) está profundamente preocupada por el rápido aumento del brote de cólera en Malakal, en el estado de A'aly an-Nyl, en [Sudán del Sur](#). Desde que se informó el primer caso sospechoso el 5 de noviembre, el número de personas afectadas ha aumentado significativamente, lo que supone una enorme presión sobre la limitada respuesta que se ha dado hasta la fecha. Hasta el 3 de diciembre, se había notificado un total de 737 casos de [cólera](#) en Malakal, de los cuales MSF había tratado a 646 pacientes, más de 87% de todos los casos.



La situación en Malakal sigue siendo crítica y preocupa que el brote se esté extendiendo a zonas vecinas como Tonga y Kodok. MSF instaló con urgencia un centro de tratamiento del cólera de 100 camas en Assosa y sigue prestando atención médica crítica; sin embargo, siguen existiendo deficiencias importantes, especialmente en el número de puntos de rehidratación oral en funcionamiento y en el suministro de agua y saneamiento. La respuesta de la organización ha estado al límite de sus posibilidades, ya que debió ampliar sus esfuerzos para abordar deficiencias críticas en la respuesta en curso.

El brote, que se declaró inicialmente en Renk, en el estado de A'aly an-Nyl, el 28 de octubre de 2024, se ha extendido a Malakal, Bentiu en el estado de Unity, Aweil en el estado de Shamal Bahr al-Gazal e incluso a la capital de Sudán del Sur, Juba. Renk es un importante punto de ingreso para los [refugiados](#) y los repatriados de Sudán, y las inadecuadas condiciones de vida e higiene han contribuido a la propagación del cólera.

En los últimos 18 meses, más de 850.000 personas han cruzado la frontera desde Sudán hacia Sudán del Sur, de las cuales alrededor de 75% lo hicieron a través del cruce de Renk hacia el estado del A'aly an-Nyl. La afluencia constante de refugiados y repatriados a Sudán del Sur sigue planteando riesgos para la ya frágil situación y ejerce una presión adicional sobre un sistema de salud que ya está muy sobrecargado. Esto pone de relieve la necesidad urgente de una respuesta más contundente no solo para frenar la propagación del cólera, sino también para fortalecer la prestación de servicios de salud esenciales en todo el país.

Hasta el 3 de diciembre, se habían registrado en Sudán del Sur un total de 1.526 casos sospechosos y confirmados de cólera, y las cifras siguen aumentando rápidamente. De ellos, más de 880 fueron tratados en las instalaciones de MSF. Cientos de estos pacientes son personas desplazadas del vecino Sudán, donde se han notificado más de 37.000 casos de cólera en los últimos meses. Más de 70% de los casos notificados se dan tan sólo en el estado del A'aly an-Nyl.

La preparación para hacer frente a la posible propagación a Malakal y otras zonas ha sido lenta. Tras intensificar la respuesta y trabajar con urgencia junto con el Ministerio de Salud y otras organizaciones, MSF instaló el centro de tratamiento del cólera en Malakal en tan solo tres días.

En Malakal, la respuesta de MSF va más allá del tratamiento. Los equipos están educando activamente a la comunidad sobre la prevención y transmisión del cólera y están realizando un seguimiento de los contactos para identificar posibles casos y derivarlos al centro médico. También brindan apoyo técnico, suministros médicos y asistencia logística a otras organizaciones y al Ministerio de Salud para cubrir las deficiencias y garantizar una respuesta eficaz. Además, MSF también desplegó equipos móviles fuera de Malakal para brindar apoyo técnico al Ministerio de Salud en el establecimiento de unidades de tratamiento del cólera.



Los puntos de rehidratación oral son establecimientos pequeños pero críticos que proporcionan sales de rehidratación oral y tratamiento básico para la deshidratación; sin embargo, su establecimiento ha sido lento.

MSF hizo un llamamiento urgente a que se intensifiquen de forma inmediata y sustancial las actividades para contener este brote y evitar más sufrimiento. Esto requiere un esfuerzo colaborativo de todos los implicados.

MSF enfatizó en la urgencia de acelerar la implementación de una campaña integral de vacunación contra el cólera, garantizando una cobertura rápida y equitativa.

Se espera que el Gobierno y otras organizaciones den prioridad a la vacunación en Malakal y en todas las demás zonas afectadas, garantizando una respuesta rápida y eficaz.

Actualmente, Médicos Sin Fronteras (MSF) está respondiendo al brote de cólera en Sudán del Sur, mediante las siguientes actividades:

- Renk, estado del A'aly an-Nyl: MSF gestiona una unidad de tratamiento del cólera de 20 camas en el hospital civil de Renk. Sus equipos también llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prestan apoyo en materia de agua y saneamiento. Hasta el 3 de diciembre, se habían notificado 283 casos en Renk, de los cuales 100 fueron tratados por MSF.
- Juba, estado de Central Equatoria: MSF proporciona tratamiento a través de una unidad de tratamiento del cólera de 20 camas en el centro de salud público de Gurei, cinco puntos de rehidratación oral, incluido uno en el campo de refugiados de Gorom, y continúa apoyando en la vigilancia del cólera en coordinación con las autoridades sanitarias y otros actores.
- Aweil, estado de Shamal Bahr al-Gazal: MSF gestiona una unidad de tratamiento del cólera con 20 camas en Maper West y está instalando cinco puntos de rehidratación oral en algunas de las zonas afectadas, incluido el campo de Wedweil. Hasta el 3 de diciembre, se habían notificado un total de 130 casos sospechosos de cólera en el estado de Shamal Bahr al-Gazal.
- Bentiu y Rubkona, estado de Unity: MSF ha establecido una unidad de tratamiento del cólera con 10 camas y actualmente está instalando otro centro de tratamiento del cólera con 50 camas en el campo para desplazados internos, junto con una segunda unidad de tratamiento del cólera con 10 camas (ampliable a 20) en la ciudad de Rubkona. Desde el primer caso de cólera en Bentiu el 20 de noviembre, hasta el 3 de diciembre se había notificado un total de 126 casos.

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.