

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años
- Buenos Aires: Confirmaron nuevos casos de sarampión

AMÉRICA

- Bolivia: Intervención en La Paz ante casos de hantavirus, arenavirus y leptospirosis
- Brasil: Aumentan los casos de malaria en territorio yanomami

- Chile: Caso fatal de hantavirus en La Araucanía

- Estados Unidos: Muere un adulto con sarampión en New México

- México: Reportaron la muerte de un bebé por tos convulsa en Nuevo León

EL MUNDO

- Bangladesh: Identifican el primer conglomerado de casos de fiebre zika a partir de muestras de 2023

- Europa: Brote de salmonelosis por múltiples serovariedades vinculado a semillas germinadas

- India: Mizoram es el estado con la tasa de VIH más alta del país

- India: Aumentaron en Karnataka las mordeduras de perros y las muertes humanas por rabia

- Indonesia: Alarmante aumento de casos de gastroenteritis en viajeros que regresan de Bali

- Japón: Aumentos sustanciales en los casos de síndrome de shock tóxico estreptocócico

- Kenya: La OMS trabaja en Kisii en la identificación de una misteriosa enfermedad

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

Patrocinadores



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

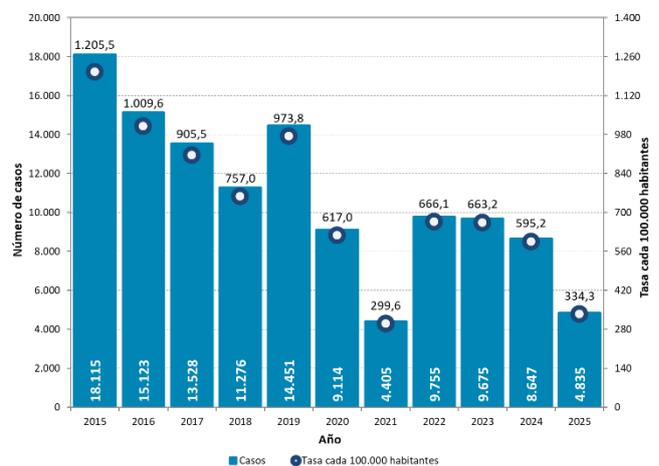
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.



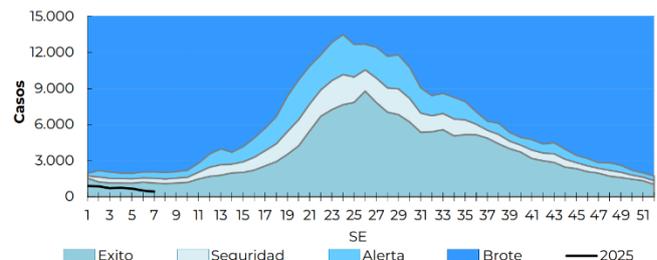
En el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 7, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 4.835 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, con una tasa de incidencia acumulada de 334,3 casos cada 100.000 habitantes.

El número de notificaciones en los 10 años previos (2015-2024) muestra que los años con mayor número de casos entre las SE 1 y 7 fueron 2015 (18.115 casos) y 2016 (15.123 casos), con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 (14.451 casos), con un nuevo descenso en 2020 (9.114 casos) y 2021 (4.405 casos), cuando se registró el menor número de notificaciones, mientras que en las primeras semanas de 2025 las notificaciones fueron menores en comparación con la mayoría de los años históricos, salvo para 2021.

En las primeras siete SE del año, las notificaciones semanales se encontraron dentro de los límites esperados.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2015-2025, hasta semana epidemiológica 7. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2025, en base a datos de los años 2015/2024 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 7. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

El ministro de Salud bonaerense, Nicolás Kreplak, confirmó el 6 de marzo cuatro nuevos casos de sarampión en la provincia, que elevan a ocho el total de contagiados en el marco del brote de la enfermedad registrado en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

“Los nuevos casos corresponden a una persona adulta, sin registro de vacunación, a un bebé menor de un año, y dos adolescentes de 16 y 19 años con antecedentes de vacunación. Todos vinculados a la cadena de transmisión del primer caso”, precisó el funcionario.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud de Argentina, ya había informado seis casos de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), con lo que técnicamente los enfermos que no estaban confirmados eran dos. Tras la comunicación de Kreplak, el total de diagnósticos comprobados de sarampión asciende a ocho en el AMBA.

En la zona de residencia de estos casos –CABA y primer anillo del conurbano bonaerense– “ya se realizó el control de foco y bloqueo para identificar los contactos y evitar nuevos contagios”, aseguró Kreplak.

Y amplió: “Con estos ocho casos de sarampión la situación se vuelve cada vez más difícil. Necesitamos con suma urgencia un Estado nacional que pueda tomar la conducción e invertir los recursos necesarios para contener el avance”.

Al respecto, el médico infectólogo del Hospital General de Agudos ‘Dr. Ignacio Pirovano’ y miembro de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), Ricardo Teijeiro, explicó que en un país libre de sarampión como Argentina, “cuando aparece un caso importado y se disemina a nivel local se considera brote aunque sean pocos los contagios porque en el territorio no circula esa enfermedad”.

El 1 de febrero de 2025 el Ministerio de Salud de Argentina emitió una alerta epidemiológica ante la confirmación de un caso de sarampión en una niña de seis años de edad con residencia en la Comuna 14 de la CABA y antecedente de viaje junto a su grupo familiar desde Rusia con escalas en Vietnam, Dubai y Rio de Janeiro. El 29 de enero, la hermana de 20 meses de edad comenzó con fiebre, agregando exantema cinco días después. En ningún caso fue posible constatar el antecedente de vacunación contra sarampión.

Ante la confirmación de nuevos casos de sarampión, se recomendó a la población verificar en el carné de vacunación el registro de al menos dos dosis de vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) y consultar inmediatamente ante la presencia de fiebre y exantema.

Asimismo, el Ministerio de Salud bonaerense recomendó la semana pasada administrar una dosis extra de la vacuna a los bebés de entre seis y 11 meses que hayan estado en contacto con casos confirmados.

Además, los menores de 13 meses a cuatro años que hayan tenido contacto con personas contagiadas también deben recibir una dosis adicional. Estas medidas se suman a las vacunas previstas en el Calendario Nacional de Vacunación.

Este calendario indica la primera dosis de vacuna triple viral –contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis– a los 12 meses y la segunda dosis a los cinco años, previo al ingreso a primer

grado. En este escenario epidemiológico, se indicó aplicar dosis extras a las previstas a las personas que estuvieron en contacto con casos confirmados (no aún para la población general).

Teijeiro explicó que “la primera dosis de la vacuna se administra al año de vida, mientras que el refuerzo se aplica a los cinco años. A partir de esta edad, todas las personas deben contar con dos dosis”. Y destacó la importancia de revisar los carnés de vacunación, especialmente al inicio del ciclo escolar, ya que es un buen momento para verificar si falta alguna vacuna y aplicarla.

La cartera sanitaria informó que se recomienda una dosis extra debido a que, aunque la primera dosis de la vacuna triple viral tiene una alta tasa de efectividad, un pequeño porcentaje de la población (entre 5% y 10%) no responde adecuadamente, lo que los hace vulnerables al sarampión.



BOLIVIA

INTERVENCIÓN EN LA PAZ ANTE CASOS DE
HANTAVIROSI S, ARENAVIROSI S Y LEPTOSPIROSI S

06/03/2025

Ante el brote de hantavirus y leptospirosis en las semanas epidemiológicas 6, 7 y 8 de este año, por instrucción del Gobierno Departamental de La Paz, encabezado por Santos Quispe Quispe, el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, a través del personal técnico especializado, se prepara para una intervención e investigación entomológica, epidemiológica, desratización y educación en los municipios afectados.

Según el último informe efectuado por el SEDES La Paz, en la gestión 2025 se reportaron 10 casos de hantavirus (siete masculinos y tres femeninos), dos de ellos fatales; siete casos de leptospirosis (cuatro masculinos y tres femeninos), incluyendo un caso fatal; y cuatro casos de arenavirus (tres masculinos y uno femenino), los cuales, gracias al tratamiento realizado por el personal de salud, se encuentran recuperados y ya realizando sus labores cotidianas.

“El SEDES ha preparado un plan estratégico de trabajo en dos municipios, Palos Blancos y La Asunta, con la finalidad de realizar el control de las enfermedades transmitidas por roedores, es decir, hantavirus y leptospirosis, ambas transmitidas por roedores; las regiones afectadas corresponden a áreas periurbanas de estos municipios, donde, debido a las lluvias, los roedores salieron en busca de alimento a estas regiones”, informó el Jefe de Epidemiología e Investigación del SEDES La Paz, Dr. Javier Mamani Acarapi.

La intervención incluirá la desratización, la educación, el control de almacenamiento de los alimentos, la eliminación de desechos en los hogares e inmediaciones y la detección de posibles casos, entre otras acciones.

“Como SEDES haremos la intervención, estamos preparando la parte técnica operativa, con una intervención prolongada de semanas” remarcó la autoridad; asimismo, pidió a la población del sector que ante cualquier síntoma de cefalea, malestar general y fiebre acuda de inmediato al centro de salud más cercano, para recibir un diagnóstico oportuno.

A pesar de la reducción de las muertes en territorio yanomami, la malaria y la desnutrición están lejos de ser erradicadas, y los casos de infecciones respiratorias agudas han aumentado, incluso después de dos años de la operación del gobierno de Luiz Inácio da Silva contra la minería ilegal.

La situación apunta a un nuevo cuello de botella en las acciones para proteger a la población de la región. Aún sin la presencia masiva de mineros, las enfermedades siguen presentes entre los habitantes, lo que exige una adaptación de las acciones de salud.

El Ministerio de Salud de Brasil afirmó que el aumento de atenciones y pruebas también aumenta el número de casos, y destacó la reducción de muertes.

“La precarización de los servicios y sistemas de salud indígenas hasta el año 2022 derivó en una situación de emergencia sanitaria por falta de asistencia en el Territorio Indígena Yanomami”, señaló el ministerio.

La actual crisis yanomami tiene su origen en la explosión de la minería ilegal en la región, impulsada por el gobierno de Jair Messías Bolsonaro. La administración anterior desactivó puestos de atención y dejó a la región en una situación precaria.

En enero de 2023, el gobierno inició una operación contra la minería ilegal y para restablecer la situación sanitaria. “El restablecimiento de la asistencia al territorio a partir de 2023 permitió colmar lagunas en la asistencia, ampliar las acciones de prevención y control de enfermedades y obtener datos más fiables sobre la situación sanitaria local”, indicó el ministerio.

La acción, justo al inicio del gobierno, reprodujo el tono de la campaña electoral, cuando da Silva utilizó la agenda socio-ambiental como forma de intentar diferenciarse de Bolsonaro. Sin embargo, desde que el político del Partido de los Trabajadores fue elegido, el movimiento indígena acumuló críticas contra su administración y la operación en territorio yanomami debió enfrentar una serie de obstáculos.

Según el gobierno, entre 2023 y 2024, los casos de muerte por malaria disminuyeron 35% y el número de pruebas aumentó 73%, considerando el período entre enero y septiembre, ya que el ministerio no proporciona datos más actualizados.

El número de casos de malaria aumentó de alrededor de 14.000 a 18.000, más de la mitad de los 32.000 indígenas que viven en la zona, si bien los casos de reinfección son comunes.

El Gobierno afirmó que el número de profesionales que trabajan en el territorio aumentó 155% y los servicios se ampliaron en 268%.

En tanto, los registros de infecciones respiratorias agudas se dispararon, aumentando 272%, de 3.133 en el primer semestre de 2023 a 11.484 en el mismo período del año siguiente.



El déficit nutricional entre los niños menores de cinco años se mantuvo estable, mientras que las muertes por desnutrición disminuyeron 68%.

Los datos publicados por el Gobierno no cubren todo el año 2024, y la falta de transparencia en la información sanitaria es [otro problema de la operación](#).

La preocupante situación sanitaria motivó una solicitud de la Articulación de Pueblos Indígenas de Brasil (APIB) al Supremo Tribunal Federal para que el gobierno explique sobre la situación y reanude la producción de informes detallados y periódicos sobre la operación.

Según el coordinador jurídico de la APIB, Mauricio Terena, la situación apunta al “mantenimiento de la emergencia sanitaria” y resalta “la dificultad de la actual administración para superar estos cuellos de botella”.

Según tres agentes de campo en tierras yanomami, quienes hablaron de manera confidencial, el aumento del número de contagios –pese al descenso de las muertes– ilustra un nuevo obstáculo: frenar la circulación de la malaria, una enfermedad que ingresó al territorio indígena traída por los hombres blancos.

Se transmite a través de mosquitos, que pican a una persona infectada y transmiten la enfermedad a otras personas.

Si los mineros fueron los vectores iniciales del virus, los agentes explicaron que ahora son los propios indígenas los que se transmiten la infección entre ellos. Por ello, uno de los expertos afirmó que hay que pasar de la lucha al control: además de evitar los casos graves de la enfermedad, también es necesario prevenir los casos leves, para acabar con su circulación dentro de las comunidades.

Los agentes explicaron que este proceso debería tomar entre seis meses y un año, dados los desafíos logísticos y las fallas en la protección del territorio.

La frontera con Venezuela, por ejemplo, atraviesa toda la región norte de la Tierra Indígena y es una zona donde aún sobrevive la minería y donde [los militares son ineficaces para evitar la invasión](#), lo que también dificulta el control de la enfermedad.

Durante el auge minero en la región, la infestación de mosquitos alcanzó tal nivel que se formaban enormes criaderos del insecto, informaron estos agentes.

Entonces, aunque los invasores ya no están (se estima que 90% ya se ha ido), el mosquito continúa circulando y entrando en contacto con las comunidades que viven cerca.

Además, los habitantes del territorio Yanomami tienen cierta movilidad. En algunos casos, terminan trasladándose a zonas de más difícil acceso para los equipos de salud o más cercanas a lugares de reproducción de mosquitos.

Otros grupos tienden a abandonar el lugar en el que se encuentran sólo en circunstancias como la muerte de un líder importante y no se mueven ni siquiera cuando la aldea está asolada por la enfermedad.

“La Secretaría de Salud Indígena del Ministerio de Salud denunció, en ese contexto, dificultades técnicas para controlar la enfermedad y falta de profesionales calificados, lo que requirió la capacitación y contratación de supervisores de campo”, afirmó la APIB.



La Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud confirmó el segundo caso de hantavirus en la región de La Araucanía, según los resultados entregados por el Hospital Regional 'Dr. Hernán Henríquez Aravena' de Temuco.

Se trata de una joven de 18 años, residente en la comuna de Pitrufquén, quien presentó los primeros síntomas de la enfermedad el día 28 de febrero, realizando la primera consulta en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) de la comuna y dos días más tarde en el hospital local, donde fue internada y se le realizó el test rápido de hantavirus, el cual resultó positivo. La joven fue trasladada hasta el hospital Henríquez Aravena de Temuco donde lamentablemente falleció el 6 de marzo a causa de una falla multiorgánica.



Ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*).

Los equipos de Epidemiología y Zoonosis y Vectores de la SEREMI de Salud se encuentran realizando la investigación epidemiológica y ambiental correspondiente, visitando los lugares donde presuntamente pudo haberse producido el contagio.

“Como Autoridad Sanitaria, reiteramos el llamado a la población, especialmente a quienes viven, trabajan y visitan el sector rural, a extremar las medidas frente a la infección por hantavirus, teniendo presente que el contagio con esta enfermedad puede ocurrir en cualquier estación del año”, indicaron desde la SEREMI de Salud.

Todos los años se registran en Chile casos de infección por hantavirus. Este es el primer caso notificado en la región de La Araucanía en 2025. La noticia ilustra la gravedad de las infecciones por hantavirus que se convierten en un síndrome pulmonar que puede empeorar rápidamente y terminar en muerte, como sucedió en este caso.

La noticia no proporciona información sobre la situación ambiental en la que la joven afectada probablemente adquirió su infección. Aunque tampoco se especifica, el hantavirus involucrado en este caso sin duda es el virus Andes, endémico en el país. La paciente probablemente entró en contacto con áreas habitadas por el roedor reservorio del virus.

El virus Andes rara vez se transmite directamente de persona a persona y solo a través del contacto físico cercano, generalmente dentro de la familia. La fuente más común de la infección es el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*).



06/03/2025

El Departamento de Salud de New México (NMDOH) confirmó la muerte de un residente del condado de Lea, no vacunado, que dio positivo para sarampión. Esta es la segunda muerte en medio de un brote de esta enfermedad que se extiende por Estados Unidos.

La causa oficial de la muerte todavía está bajo investigación por la Oficina del Investigador Médico de New México. Sin embargo, los Laboratorios Científicos del NMDOH confirmaron la presencia del virus del sarampión. La persona no buscó atención médica antes de su muerte.

El sarampión es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa que puede causar serias complicaciones. Uno de cada cinco casos de sarampión puede llevar a la hospitalización, y aproximadamente tres de cada 1.000 casos resultan en muerte.

La única forma de evitar esta enfermedad respiratoria altamente contagiosa es la vacunación. Mientras continúa la propagación en el condado de Lea, el NMDOH exhorta a sus residentes a que se vacunen para protegerse y proteger a sus familias.

“No queremos ver a los ciudadanos de New México enfermos o muertos por sarampión”, dijo el Dr. Chad Smelser, Epidemiólogo Estatal del NMDOH. “La vacuna triple viral es la mejor protección contra esta seria enfermedad”.

Para apoyar la protección comunitaria, el NMDOH programó clínicas de vacunación gratuitas contra el sarampión en el condado de Lea para el 11 de marzo.

Este nuevo caso eleva el número total de afectados por el brote por sarampión a 10. Todos los casos han sido reportados en el condado de Lea. Los casos incluyen seis adultos y cuatro niños, todos menores de 17 años. Siete de estos casos fueron en personas no vacunadas, mientras que el resto tienen historiales de vacunación desconocidos.

El sarampión, una de las enfermedades más contagiosas del mundo, se está extendiendo en Estados Unidos y ya son más de 200 casos los reportados en nueve estados, siendo la mayoría en personas no vacunadas o cuyo estatus de vacunación se desconoce.

Hasta ahora, se han reportado a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades casos de sarampión en Alaska, California, Georgia, Kentucky, New Jersey, New México, New York, Rhode Island y Texas.

La mayoría de los contagios están asociados a tres brotes, siendo el más grave uno que comenzó al oeste de Texas, donde falleció un niño en edad escolar y no vacunado a causa de este virus.

El brote de sarampión se da en medio de un resurgimiento del movimiento anti-vacunas en la política estatal, con más de 20 proyectos de ley actualmente en consideración para aligerar las regulaciones sobre las vacunas.

Al informar que en Nuevo León se han registrado 35 casos de tos convulsa, y que de éstos falleció un bebé de un mes y medio de edad, Alma Rosa Marroquín Escamilla llamó a que los bebés sean vacunados.

La Secretaría de Salud del Estado dijo que la primera dosis se aplica a los menores de un mes y medio, por lo que para que estén protegido en ese lapso, las madres pueden vacunarse durante el embarazo.

“Desde la semana pasada se hizo un llamado a la población a vacunarse. En el caso de los niños, se puede aplicar la primera dosis de la vacuna pentavalente, que protege contra la tos convulsa, recién a partir del mes y medio. Antes de este lapso de tiempo de los primeros meses, en el que el niño no tiene protección, la mamá se la puede brindar si ella se vacuna”, expresó.

“Las coberturas de vacunación en mujeres embarazadas son de alrededor de 50% y es por eso que, durante los primeros meses, los niños corren el riesgo de enfermarse y a veces una sola dosis no es suficiente, por lo que esta vacuna se aplica a los dos meses, a los cuatro, a los seis meses y después un refuerzo al año y medio. Al día de hoy, tenemos 35 casos confirmados en el estado de Nuevo León. Estamos evaluando la situación, pues en todo el país las cifras van al alza. La Ciudad de México, ya se reporta como el primer lugar en casos de tos convulsa; por eso, no podemos bajar la guardia; estamos intensificando nuestras estrategias de vacuna, tenemos el fallecimiento de un bebé de un mes y medio, y tenemos casos en niños menores de un año, y algunos en el grupo de uno a cuatro años”, completó Marroquín Escamilla.



BANGLADESH

IDENTIFICAN EL PRIMER CONGLOMERADO DE CASOS DE FIEBRE ZIKA A PARTIR DE MUESTRAS DE 2023

03/03/2025

El clima tropical de Bangladesh, con sus temperaturas cálidas y su larga temporada de monzones, proporciona condiciones óptimas de reproducción para los mosquitos *Aedes*, lo que hace que el país sea particularmente vulnerable a muchas enfermedades transmitidas por mosquitos. Las epidemias estacionales de dengue han sido una carga creciente para la salud pública en los últimos años, que culminó en el brote más grande hasta la fecha en 2023 con 321.179 infecciones notificadas y 1.705 muertes. Otros patógenos emergentes como el virus Chikungunya y el virus Zika han provocado



epidemias globales en las últimas dos décadas, incluido un importante brote de fiebre chikungunya en Bangladesh en 2017. Los científicos del Centro Internacional para la Investigación de Enfermedades Diarreicas de Bangladesh (icddr,b) realizaron recientemente una pequeña prueba dirigida a detectar la presencia del virus Zika circulante e identificaron cinco casos entre las muestras de pacientes recolectadas en 2023, lo que representa la primera identificación de un conglomerado de pacientes infectados con el virus Zika en Dhaka.

El virus Zika se considera un importante patógeno emergente. Si bien el primer caso humano de fiebre zika se identificó por primera vez en Nigeria en 1954, el virus circuló silenciosamente en Asia y África durante más de 50 años. El primer brote importante de fiebre zika se informó en 2007 en la isla Yap, en los Estados Federados de Micronesia. En 2015, se produjo un gran brote en Brasil, y posteriormente se extendió al resto de América del Sur, el Caribe y, finalmente, a otras partes del mundo. Entre 2016 y 2018, se notificaron brotes de fiebre zika en Tailandia, Singapur, Vietnam, Filipinas e India. Un estudio de vigilancia retrospectiva realizado por el Instituto de Epidemiología, Control de Enfermedades e Investigación (IEDCR) en 2016 reveló un caso positivo confirmado de infección por el virus Zika por primera vez en Bangladesh. La muestra se recogió en 2014 de un paciente sin antecedentes de viajes al extranjero, lo que sugiere que el virus había estado circulando en Bangladesh incluso antes del brote de 2015 en Brasil.

En este estudio se analizaron muestras de pacientes que acudieron al centro de diagnóstico del icddr,b en Mohakhali, Dhaka, en 2023 y se les realizaron pruebas de reacción en cadena

de la polimerasa para detectar el virus Zika en muestras de 152 pacientes con fiebre y cualquier otro síntoma de fiebre zika. La presencia del virus en cinco de estas muestras sugiere que es necesario un análisis más amplio a nivel nacional para cuantificar la verdadera carga de la enfermedad en Bangladesh. Los cinco pacientes vivían en un radio de un kilómetro entre sí y no tenían antecedentes de viajes fuera del país en los últimos dos años. Todos los pacientes se sometieron a la prueba en un plazo de aproximadamente un mes, lo que sugiere que eran parte de la misma cadena de transmisión. Uno de los cinco casos también estaba infectado con el virus Dengue, el primer caso de coinfección detectado en Bangladesh.

La infección por el virus Zika probablemente siga sin diagnosticarse ni notificarse por dos razones: muchos casos no producen síntomas importantes, y solo alrededor de 20% de las personas infectadas desarrollan una enfermedad febril evidente; y los síntomas como dolor de cabeza, fiebre y dolor muscular, cuando están presentes, son similares a los del dengue y la fiebre chikungunya. Sin embargo, la infección por el virus Zika también puede causar complicaciones fetales graves cuando infecta a mujeres embarazadas, como microcefalia, lo que aumenta el riesgo de muerte y discapacidad intelectual en el bebé. Por lo tanto, aunque la infección por el virus Zika rara vez es mortal en personas sanas, el riesgo de transmisión a mujeres embarazadas hace que la vigilancia y el control del virus sean una prioridad de salud pública. Puede circular no solo a través de mosquitos, sino también por relaciones sexuales, transfusión de sangre, transmisión perinatal de madre a hijo o contacto físico secundario no sexual.

También se realizó la secuenciación genómica completa de las muestras de virus de tres de los casos en el Centro de Genoma del icddr,b. En un análisis comparativo con otras cepas recolectadas en todo el mundo, se descubrió que las cepas de Bangladesh pertenecían al linaje asiático del virus Zika, diferente del linaje africano. Esto es preocupante porque se ha demostrado que el linaje asiático del virus Zika puede causar microcefalia y otros trastornos neurológicos. Las cepas de Bangladesh fueron las más similares a las cepas aisladas en Camboya y China en 2019. Es plausible que los inmigrantes de Bangladesh que trabajan en diferentes países afectados por la fiebre Zika en el sudeste asiático proporcionen una ruta para que el virus circule dentro y fuera de sus comunidades en Bangladesh. El tamizaje de rutina para detectar el virus Zika en los viajeros de países afectados por la enfermedad, junto con una mayor capacidad de diagnóstico y una vigilancia sistemática a nivel nacional serán fundamentales para mantenerse por delante de los grandes brotes en el futuro.

Entre enero de 2023 y enero de 2025, se identificaron 509 casos confirmados de salmonelosis que cumplían la definición de caso europea en nueve países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE): Noruega (257 casos), Suecia (110), Finlandia (94), Alemania (30), Países Bajos (9), Dinamarca (4), Francia (3), Bélgica (1) y Estonia (1). El Reino Unido también notificó un caso. El brote abarca ocho serotipos de *Salmonella*, varios de los cuales rara vez se notifican en la UE/EEE. Los brotes se identificaron como el vehículo de infección en múltiples investigaciones nacionales, lo que se confirmó mediante un análisis de secuenciación genómica completa centralizado de la UE.



Los brotes se identificaron como el vehículo de infección en múltiples investigaciones nacionales, lo que se confirmó mediante un análisis de secuenciación genómica completa centralizado de la UE.

El intercambio de datos epidemiológicos, de trazabilidad y de secuenciación del genoma completo entre países, tanto en el sector de la salud pública como en el de la seguridad alimentaria, fue crucial para vincular siete brotes nacionales en Finlandia, Alemania, Noruega y Suecia con un proveedor común de semillas en Italia. Investigaciones alimentarias posteriores vincularon al proveedor común con tres productores de semillas ubicados en la misma zona geográfica de Italia. Se debe investigar más a fondo el papel del ambiente en la contaminación de las semillas a nivel de los productores y de las contaminaciones cruzadas a lo largo de la cadena de suministro de semillas que contribuyen a la aparición de múltiples cepas.

Las autoridades de seguridad alimentaria de los países en cuestión aplicaron medidas de control, como el retiro de los lotes investigados, lo que redujo significativamente las notificaciones de casos. Sin embargo, varios países detectaron nuevos casos, lo que indica que es posible que todavía haya lotes de semillas contaminadas en circulación y que se necesiten más intervenciones. Es posible que sigan produciéndose casos hasta que se puedan identificar y controlar adecuadamente los puntos en los que las semillas se contaminaron con *Salmonella*. Los productores de semillas deben aplicar todos los procedimientos necesarios (por ejemplo, las buenas prácticas agrícolas) para evitar la contaminación microbiana de las semillas destinadas a la germinación, y los productores de semillas germinadas deben aplicar sistemas adecuados de gestión de la seguridad alimentaria para garantizar que solo lleguen al mercado productos inocuos.

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

Actualmente, Mizoram enfrenta una grave crisis sanitaria: este estado del noreste de India registra la tasa de prevalencia de VIH más alta del país. La tasa de VIH de Mizoram, de 2,73%, es alarmantemente superior a la media nacional de 0,2%. Los funcionarios de salud y los legisladores del estado están instando a que se tomen medidas inmediatas para controlar la propagación del virus y mejorar el acceso a la atención médica para los afectados.



La ministra de Salud del Estado, Lalrinpuii, expresó su profunda preocupación por el creciente número de casos de VIH en Mizoram. Durante una reciente reunión del Foro Legislativo de Mizoram sobre el Sida en Aizawl, hizo hincapié en la necesidad de estrategias de intervención más sólidas para frenar la epidemia.

La Dra. Jane R Ralte, directora de proyectos de la Sociedad de Control del Sida del Estado de Mizoram (MSACS), proporcionó una actualización completa sobre la situación del VIH en el estado. Según Ralte, un total de 32.287 personas en Mizoram dieron positivo en la prueba del VIH, y se registraron 5.511 muertes hasta enero de 2025. Resulta inquietante que, solo entre abril de 2024 y enero de 2025, se detectaron 1.769 casos nuevos, lo que indica la urgencia de la crisis.

Causas de la alta prevalencia

Ralte señaló que la mayoría de las transmisiones del VIH en Mizoram ocurren a través de dos vías principales. Una es la actividad sexual sin protección: las prácticas sexuales inseguras, que representan 67% de las nuevas infecciones, siguen siendo la principal causa de transmisión del VIH en el estado.

La otra es el uso de jeringas no esterilizadas: 30,44% de los casos nuevos se han relacionado con el uso compartido de agujas contaminadas, lo que pone de relieve el impacto de su uso en la epidemia.

Señales alentadoras

A pesar de las alarmantes estadísticas, Ralte señaló algunos avances positivos. Se produjo un descenso de las nuevas infecciones por VIH, junto con una reducción de las muertes relacionadas. Este progreso se atribuye a la intensificación de las campañas de sensibilización, las mejores instalaciones médicas y la disponibilidad de terapia antirretroviral para las personas a las que se les ha diagnosticado el virus.

Para garantizar la continuidad del tratamiento y la atención, los legisladores estatales se comprometieron a aportar 580 dólares cada uno de los fondos como miembro de la asamblea legislativa para el ejercicio económico 2024-25. Estos fondos se asignarán a la MSACS para

apoyar a las personas VIH positivas y evitar las interrupciones en el acceso al tratamiento antirretroviral.

Introducción de kits de autodiagnóstico

En un paso importante para mejorar la detección temprana y el tratamiento, el Ministerio de Salud presentó kits de autodiagnóstico del VIH (HIVST). Esta iniciativa tiene como objetivo hacer que las pruebas sean más accesibles, privadas y cómodas para los habitantes de Mizoram.



Esta autoprueba permite a las personas hacerse la prueba en casa utilizando kits sencillos, que suelen requerir una muestra de saliva o sangre y proporcionan los resultados en cuestión de minutos. El método se aplicó con éxito en varios países y se espera que ayude a reducir el estigma y a animar a más personas a hacerse la prueba.

Entre las ventajas de la autoprueba del VIH se pueden citar:

- Privacidad y conveniencia: las personas pueden verificar su estado de VIH sin visitar una clínica, lo que hace que el proceso sea menos intimidante.
- Reduce las brechas en la atención médica: las personas que viven en áreas remotas pueden acceder a pruebas sin necesidad de viajar largas distancias.
- Diagnóstico y tratamiento tempranos: cuanto más rápido se diagnostique a una persona, antes podrá comenzar el tratamiento antirretroviral, mejorando así los resultados de salud a largo plazo.

En resumen, el gobierno de India, en colaboración con los organismos de salud estatales, ha trabajado activamente para abordar la crisis del VIH/sida mediante múltiples iniciativas, entre ellas campañas de concienciación, programas de intercambio de agujas, promoción de prácticas sexuales seguras y la ampliación de los centros de tratamiento antirretroviral.

Mientras Mizoram sigue luchando contra esta crisis, la introducción de soluciones innovadoras, como la autoprueba del VIH y el aumento de la financiación de los programas de tratamiento antirretroviral, ofrecen esperanzas de un mejor control de la epidemia. Sin embargo, los esfuerzos sostenidos de los responsables de las políticas, los profesionales sanitarios y el público serán esenciales para reducir la tasa de prevalencia del VIH en el estado y garantizar un futuro más saludable para sus ciudadanos.

Las mordeduras de perros y las muertes por rabia humana están aumentando en el estado de Karnataka. Si bien en 2024 se notificaron 361.522 mordeduras y 42 muertes, en 2025, hasta el 23 de febrero, ya se han notificado 66.489 mordeduras y ocho muertes.

En todo 2023 se registraron 232.754 mordeduras y cuatro muertes. Este aumento anual ha sido el más alto registrado después de la pandemia de covid. En 2022, se registraron 163.366 mordeduras de perros y tres muertes.



Según los datos de 2025 del Programa de Vigilancia Integrada de Enfermedades (IDSP) del Departamento de Salud del Estado, mientras que Vijayapura registró el mayor número de casos, con 4.552, Bengaluru ha tenido el mayor número de muertes, con cuatro. El año pasado, mientras que el mayor número de mordeduras de perros se informó en los límites de la corporación administrativa de Bruhat Bengaluru Mahanagara Palike (BBMP), con 28.403 casos, el área urbana de Bengaluru informó el mayor número de muertes por rabia, con 16.

Las autoridades dijeron que se está reportando un promedio de 22.000 casos en el estado cada mes, de los cuales la mayoría son de las áreas urbanas de Bengaluru y BBMP, seguidas de Vijayapura, Mysuru, Mandya y Shivamogga. Este año, la menor cantidad de casos se ha reportado en Yadgir (258), Chamarajnagar (500), Kodagu (624) y Haveri (1.002).

El director del proyecto estatal del IDSP, Ansar Ahmed, dijo que este año se han registrado ocho muertes, incluida la de una persona de Haryana que llegó al Hospital de Enfermedades Epidémicas de Bengaluru después de contraer rabia en su ciudad natal. “La enfermedad ya había avanzado cuando llegó a la ciudad”, dijo Ahmed.

Enfermedad de declaración obligatoria

En 2022, Karnataka declaró la rabia humana como enfermedad de notificación obligatoria en virtud de la Ley de Enfermedades Epidémicas de Karnataka de 2020.

Desde entonces, es obligatorio que todos los centros de salud gubernamentales y privados (incluidas las facultades de medicina) informen todos los casos sospechosos, probables y confirmados de rabia humana al Departamento de Salud del Estado.

Ahmed señaló que ahora se están reportando más casos y muertes debido a la intensificación de la vigilancia y dijo que la eliminación de la rabia mediada por las mordeduras de perros para 2030 es la misión del Estado en el marco del Programa Nacional de Control de la Rabia (NRCP).

“La rabia humana fue declarada como enfermedad de notificación obligatoria para facilitar el rastreo de contactos y las medidas para prevenir la infección en otras personas expuestas a la misma fuente. Estamos trabajando en coordinación con otros departamentos para realizar campañas anuales de vacunación masiva de perros en áreas específicas para lograr una tasa

mínima de vacunación de la población canina de 70%, controlar las mordeduras de perros y prevenir muertes”, dijo.

“La vacuna antirrábica (ARV) y la inmunoglobulina antirrábica (RIG) se han convertido en parte de la revisión anual de la Corporación de Suministros Médicos del Estado de Karnataka (KSMSCCL), y se mantienen existencias suficientes en todos los hospitales gubernamentales hasta el nivel del Centro de Salud Primaria”, dijo.

“A partir de octubre de 2023, el Departamento de Salud proporcionará inyecciones gratuitas de vacuna antirrábica e inmunoglobulina antirrábica a todas las víctimas de mordeduras de animales, independientemente de su estado de BPL o APL”, dijo el médico.

“BPL” significa “por debajo de la línea de pobreza” (*Below Poverty Line*), mientras que “APL” significa “por encima de la línea de pobreza” (*Above Poverty Line*); ambos términos se utilizan para clasificar a las personas a las que se les otorgan beneficios gubernamentales, como raciones de alimentos subsidiadas, en función de su nivel de ingresos. Las personas con estatus BPL reciben más granos alimenticios subsidiados a un precio más bajo en comparación con las personas APL.

La rabia es una enfermedad viral, zoonótica y prevenible mediante vacunación que afecta al sistema nervioso central. En hasta 99% de los casos de rabia humana, los perros son los responsables de la transmisión del virus.

Según la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), los siguientes son los componentes clave de un programa nacional de control exitoso de la rabia transmitida por perros: vigilancia y notificación, campañas de vacunación masiva de perros, control eficaz de las poblaciones de perros y campañas de concienciación y educación pública.

La rabia se transmite a las personas y los animales a través de la saliva, generalmente a través de mordeduras, rasguños o contacto directo con las mucosas (por ejemplo, ojos, boca o heridas abiertas). Una vez que aparecen los síntomas clínicos, la rabia es prácticamente 100% mortal.

La vacunación de perros, incluidos los cachorros, a través de programas de vacunación masiva de perros es la estrategia más rentable para prevenir la rabia en las personas porque detiene la transmisión en su origen.



Los proveedores de seguros que emiten cobertura médica y de viaje para los turistas que se dirigen a Bali han compartido datos nuevos y alarmantes.

Los proveedores de seguros en Australia están observando un aumento asombroso en el número de reclamos por diarrea del viajero provenientes de turistas que han estado de vacaciones en Bali.

La diarrea del viajero, conocida clínicamente como gastroenteritis, es una enfermedad causada por virus o bacterias. Por lo general, en los casos de gastroenteritis en viajeros, la bacteria en cuestión es *Escherichia coli*.

En la mayoría de los casos, en Bali y el sudeste asiático, los casos de gastroenteritis están relacionados con bacterias presentes en el agua. Lamentablemente, incluso quienes no ingieren directamente agua sin filtrar en estas zonas pueden enfermar. El agua que contiene *E. coli* y otras bacterias que provocan gastroenteritis se puede encontrar en todas partes, desde el agua que se usa para lavar ensaladas hasta las gotitas que se encuentran en los cubiertos y vasos.

Cabe señalar que, con el paso de los años, la salud y la higiene alimentarias en los principales destinos turísticos de Bali han mejorado. Sin embargo, los datos de Southern Cross Travel Insurance y los informes anecdóticos de los turistas que regresan de Bali son preocupantes.

Southern Cross Travel Insurance registró un enorme aumento de 79% en reclamos por gastroenteritis en enero de 2025, en comparación con el mismo período en 2024. De este aumento, 54% de los casos provinieron de turistas que estuvieron de vacaciones en Indonesia desde noviembre.

La directora de atención al cliente de Southern Cross Travel Insurance, Jess Strange, dijo que este “fuerte aumento” en las reclamaciones se ha producido tanto en Indonesia como en Tailandia. Señaló que los casos han aumentado enormemente.

Si bien en muchos casos la gastroenteritis puede ser una simple pero desagradable molestia de 24 a 48 horas, en estos casos más recientes, los viajeros están requiriendo ingreso hospitalario.

Strange reveló que los turistas necesitaron atención médica severa, desde goteo intravenoso para una rehidratación vital hasta antibióticos y, en los casos más graves, incluso cirugía.

Strange dijo que el reclamo promedio de seguro de viaje por enfermedades relacionadas con los alimentos en Bali durante los últimos 12 meses se sitúa en 1.300 dólares, aunque señaló que algunos reclamos han sido mucho más altos.

Strange sugiere que la causa de este repentino y sorprendente aumento de casos de gastroenteritis en Bali es que los viajeros no respetan los principios básicos de salud e higiene durante los viajes.

Agregó que “aparte de aquellos viajeros que experimentan con comida callejera o beben un cóctel con hielo ‘sucio’, muchos también están olvidando las lecciones aprendidas durante la

pandemia de covid, de lavarse y desinfectarse las manos con más regularidad para prevenir la propagación de gérmenes y virus”.

No solo Southern Cross Travel Insurance está viendo tal aumento en las reclamaciones, sino también 1Cover Travel Insurance, cuyos datos muestran un aumento de 40% en las reclamaciones en 2024 en comparación con 2023, y los casos de gastroenteritis son el problema médico número uno en vacaciones.

El año pasado, las compañías de seguros pagaron cerca de 130.000 dólares en un caso increíblemente grave ocurrido en Bali. Un turista desarrolló sepsis y complicaciones médicas importantes tras contraer gastroenteritis durante sus vacaciones.

Natalie Ball, de 1Cover Travel Insurance, dijo que los costos médicos en Bali son increíblemente altos en comparación con el costo general del viaje en la isla.

Ball compartió: “Si bien la mayoría de los casos son leves, algunos pueden derivar en hospitalización, cancelaciones y gastos de viaje adicionales, que pueden acumularse rápidamente”.

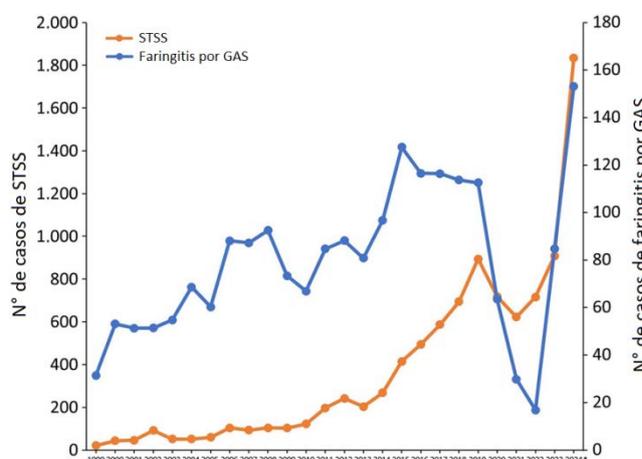
Agregó: “Recordamos a los viajeros que los hospitales en Bali e Indonesia pueden negarse a atenderlos a menos que demuestren que tienen cobertura o los medios para cubrir los gastos, así que verifiquen que tengan un seguro de viaje adecuado antes de partir”.

Es absolutamente vital que los turistas contraten una póliza de seguro médico y de viaje completamente integral antes de viajar a Bali o a cualquier lugar de Indonesia.

Los viajeros deben leer sus documentos de póliza en su totalidad antes de viajar para comprender qué está cubierto y qué no, y conocer cómo funciona el proceso de reclamos con su proveedor de seguros, ya que cada proveedor opera un sistema de reclamos ligeramente diferente.

La diarrea del viajero, aunque no pone en peligro la vida, suele ser un problema molesto que afecta el itinerario general del viajero durante las vacaciones, generando inconvenientes importantes y, en ocasiones, secuelas a largo plazo. Aunque predominan las causas bacterianas, el tratamiento recomendado es conservador en los casos leves a moderados. Las técnicas moleculares para el diagnóstico temprano de la diarrea del viajero pueden ayudar a obtener un diagnóstico etiológico temprano y un tratamiento adecuado. A veces se requiere tratamiento con antibióticos, pero su uso para la diarrea del viajero es controvertido en esta era de resistencia a múltiples fármacos y alteración del microbioma al promover la colonización intestinal por bacterias resistentes, lo que puede generar posibles impactos ecológicos en el país de residencia.

Una variante genética de *Streptococcus pyogenes*, el linaje M1_{UK}, se caracteriza por una alta transmisibilidad y una mayor producción de exotoxina pirogénica estreptocócica A. Esta variante podría haber estado asociada con un aumento de casos de escarlatina en Inglaterra desde aproximadamente 2014. Se han observado tendencias similares en otras regiones, incluidas Europa y América del Norte. En Nueva Zelanda, se han detectado cepas M1_{UK} entre niños escolares con faringitis, lo que sugiere que la transmisión comunitaria podría ser una fuente de infecciones invasivas.



Casos de síndrome de shock tóxico estreptocócico (STSS) y faringitis por estreptococo del grupo A (GAS). Japón. Años 1999-2024. Fuente: Centro Nacional de Salud y Medicina Global, Tokio, Japón.

Un reciente [estudio](#) documentó una tendencia similar en Japón desde aproximadamente 2014, y demostró una mayor prevalencia del síndrome de shock tóxico estreptocócico (STSS) y la faringitis por estreptococo del grupo A (GAS). La tendencia en Japón se vio interrumpida temporalmente por intervenciones no farmacéuticas durante la pandemia de covid, pero resurgió en 2023 después de la relajación de las restricciones por esta pandemia, de manera similar al caso de otras enfermedades infecciosas.

Según la Ley de Control de Enfermedades Infecciosas en Japón, los médicos deben informar los casos de STSS que cumplan los criterios de síntomas de shock y dos o más de las siguientes condiciones: insuficiencia hepática, insuficiencia renal, síndrome de dificultad respiratoria aguda, coagulación intravascular diseminada, inflamación de tejidos blandos, erupción eritematosa generalizada, síntomas del sistema nervioso central o detección de estreptococos β -hemolíticos en sitios típicamente estériles (p. ej., sangre).

El Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Japón informó un marcado aumento en los casos de STSS en 2024. Hasta la semana epidemiológica (SE) 50 (15 de diciembre) de 2024, se había notificado un total de 1.834 casos, la cifra anual más alta de casos notificados. Para la SE 24 (16 de junio) de 2024, se había notificado un total de 1.060 casos de STSS; 656 casos fueron causados por GAS, 222 por *Streptococcus* del grupo G, 114 por *Streptococcus* del grupo B, 10 por *Streptococcus* del grupo C y 58 por otros grupos o grupos desconocidos. El porcentaje de casos de STSS causados por GAS aumentó de 30%-50% durante 2018/2023 a 62% en 2024.

Hasta el 19 de junio de 2024, el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas había recibido 532 aislamientos de pacientes con STSS en 42 prefecturas. El GAS representó 377 (70,9%) de esos casos; 221 (58,6%) fueron cepas M1, de las cuales 194 (87,8%) pertenecían al linaje M1_{UK}. La prevalencia más alta de cepas del linaje M1_{UK} se observó en la región de Kanto y áreas circundantes. El mayor número de aislamientos M1_{UK} se informó en Tokio (47 casos), seguido de Kanagawa (20), Chiba (15), Nagano (9) y Saitama (8). El análisis de 760 aislamientos de GAS de pacientes con STSS durante 2018-2023 identificó 215 cepas M1 (28,3%); de ellas, 50 (23,3%)

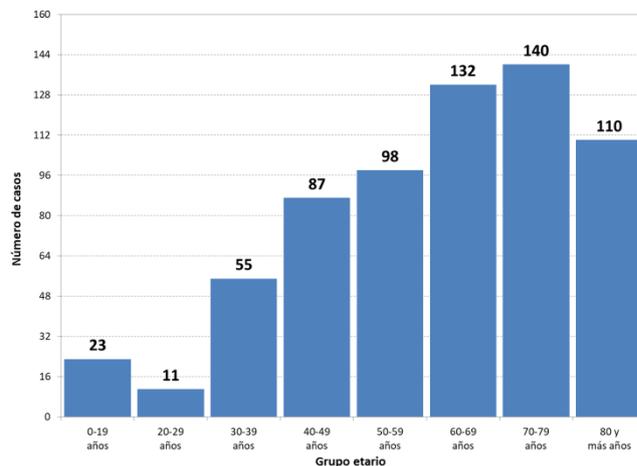
pertenecían al linaje M1_{UK}. Esos datos indican un aumento sustancial de las cepas del linaje M1_{UK} desde 2023, especialmente en la región de Kanto en Japón.

Entre los 656 pacientes con STSS causado por GAS, 377 (57%) eran hombres y 279 (43%) mujeres. La distribución por edad estaba sesgada hacia los ancianos.

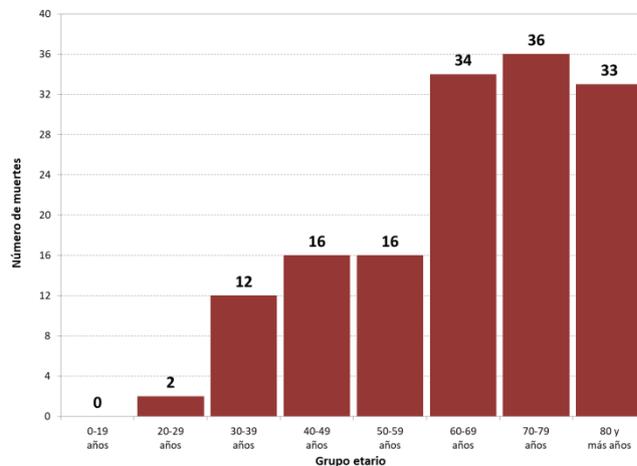
Aunque no es obligatorio informar los resultados clínicos, entre los 656 casos de STSS causados por GAS, se produjeron 149 muertes (87 pacientes varones y 62 mujeres) en el momento del diagnóstico. No se produjeron muertes en pacientes menores de 20 años de edad. El 30,9% de las muertes (21/68) se produjo en las personas menores de 50 años durante julio-diciembre de 2023, un marcado aumento respecto de años anteriores (19,7% en 2018, 24,1% en 2019, 12,8% en 2020, 9,1% en 2021, 12,1% en 2022 y 15,4% durante enero-junio de 2023).

El aumento de la detección y prevalencia de cepas de linaje M1_{UK} en Japón, especialmente en la región de Kanto, alrededor de Tokio, y la correlación entre el aumento de casos de STSS causados por GAS y el aumento de las tasas de aislamiento de bacterias M1_{UK} es preocupante. La creciente incidencia del STSS, caracterizada por una alta tasa de mortalidad y que requiere un tratamiento rápido para infecciones invasivas por GAS, plantea graves preocupaciones de salud pública.

En conclusión, el resurgimiento de la faringitis por STSS y GAS en Japón después de la relajación de las restricciones por la pandemia de covid destaca la necesidad de una vigilancia continua y la preparación de la salud pública. La creciente detección del linaje M1_{UK} de *S. pyogenes* enfatiza la importancia del monitoreo genético y las intervenciones dirigidas para prevenir su propagación. Las estrategias efectivas de control de infecciones, una mayor conciencia entre los profesionales de la salud y la educación en salud pública son esenciales para abordar las infecciones graves en la era pospandémica.



Casos de síndrome de shock tóxico estreptocócico causados por estreptococo del grupo A. Japón. Años 1999-2024. Fuente: Centro Nacional de Salud y Medicina Global, Tokio, Japón. (N=656).



Muertes por síndrome de shock tóxico estreptocócico causado por estreptococo del grupo A. Japón. Años 1999-2024. Fuente: Centro Nacional de Salud y Medicina Global, Tokio, Japón. (N=149).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirmó que se encuentra actualmente en el condado de Kisii, Kenya, colaborando en la identificación de un brote de una enfermedad misteriosa y desconocida que ha provocado una alarma de salud pública en el condado.



En una declaración del 3 de marzo, la OMS afirmó que “está sobre el terreno en South Mugirango, condado de Kisii, trabajando para identificar la causa de un brote de una enfermedad desconocida. Entre las principales iniciativas figuran la evaluación de la capacidad de los laboratorios, el apoyo a los funcionarios de laboratorio para identificar la enfermedad y el fortalecimiento de la coordinación y la capacidad de respuesta ante el brote. Las investigaciones están en curso”.

Más de 200 personas en el condado de Kisii han sido hospitalizadas debido a una enfermedad no identificada, que surgió por primera vez en South Mugirango.

La enfermedad, que se detectó por primera vez hace unas tres semanas, desde entonces se ha propagado a tres aldeas: Nyabigege, Nyamarondo y Nyarigiuro.

Desde que comenzó el brote, se han admitido personas en el Hospital Tabaka Mission, en el Hospital Nyatike Nivel Dos y en varios centros de atención médica privados.

Los pacientes que padecen la enfermedad han reportado síntomas que incluyen diarrea severa sanguinolenta, fiebre y dolores de cabeza intensos.

Al reconocer el brote, la Secretaria Principal de Salud Pública, Mary Muthoni, afirmó que se habían enviado equipos de vigilancia de emergencia del Ministerio de Salud para evaluar y responder a la situación.

Muthoni enfatizó que el ministerio había intensificado los esfuerzos de vigilancia y detección para identificar la fuente de la enfermedad.

Afirmó que los expertos médicos desplegados trabajarían junto con el equipo del gobierno del condado para analizar las muestras recolectadas y determinar la causa del brote.

“La salud es una función descentralizada, pero cuando sucede algo así, siempre enviamos a nuestros funcionarios del gobierno nacional, especialmente los del Departamento de Vigilancia, para garantizar que se realice una vigilancia integral y se determine la causa de la enfermedad”, afirmó.

Además, un equipo gubernamental formado por varias agencias y desplegado en South Mugirango, donde surgió la enfermedad por primera vez, instó a los lugareños a buscar atención médica en los hospitales cercanos mientras el Ministerio de Salud espera los resultados de las pruebas de laboratorio del gobierno.

Manantial sospechoso

Muthoni informó el 4 de marzo que es muy posible que los habitantes del pueblo hayan enfermado debido al consumo de agua de un manantial comunitario contaminada con materia fecal.

En consecuencia, el gobierno cerró el manantial en el distrito de South Mugirango después de que un análisis de laboratorio determinara que el agua no era apta para el consumo humano.

“Se ha establecido que el agua del manantial está contaminada y por la presente instamos a los pobladores a dejar de consumirla de inmediato”, dijo Muthoni en el pueblo de Nyamarondo. “Les pedimos que se abstengan de sacar agua del manantial y que, en su lugar, busquen fuentes alternativas de suministro”, dijo.

Añadió que todavía se estaban examinando más muestras para determinar la causa real de la enfermedad. “Sin embargo, las pruebas preliminares han demostrado que el agua no es segura”, dijo.

Además, pidió a los residentes que observaran altos niveles de higiene para contener la propagación de la enfermedad. Muthoni, que estuvo acompañada por funcionarios del gobierno nacional y del condado, visitó el manantial y varias casas de los aldeanos afectados.

Antes de recibir el informe de laboratorio, Muthoni había dado el visto bueno al manantial, diciendo que había existido desde tiempos inmemoriales sin representar ningún riesgo para la salud de sus usuarios. Su opinión fue coincidente con la de los pobladores, que señalaron que habían consumido el agua del manantial durante muchos años sin complicaciones de salud.

Muthoni informó que al menos 56 personas habían sido tratadas, y añadió que a su debido tiempo se proporcionaría el número exacto de los afectados.



Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: marzo

sadi Sociedad Argentina
de Infectología



Curso virtual

Presente y futuro de las infecciones en trasplante de órgano sólido Una mirada latinoamericana



Directoras:
Dra. Elena Temporiti y Dra. Laura Barcán
Coordinadora:
Dra. Melisa Martínez Ríos

Otorga 53 horas cátedra y créditos para el programa de recertificación de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

Destinado a: Infectólogos/as especialistas en trasplante; Infectólogos/as generales y en formación interesados en profundizar estos temas. Trasplantólogos/as; Internistas que asisten a estos pacientes.

Módulo 1 | Generalidades que aplican a todos los TOS

- ✓ Línea de tiempo de las infecciones: ¿todo sigue igual? *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Inmunosupresión: nuevas drogas, nuevos riesgos de toxicidad. *Dra. Natalia Pujato, Argentina.*
- ✓ Infecciones derivadas del donante. *Dra. Patricia Giorgio, Argentina.*

Módulo 2 | Infecciones específicas en TOS (I)

- ✓ Organismos multirresistentes: un enemigo muy actual. *Dra. Jimena Prieto, Uruguay.*
- ✓ Enfermedad de Chagas. *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Micobacterias y TOS. *Dr. Jackes Simkins, Estados Unidos / Venezuela.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Módulo 3 | Infecciones específicas en TOS (II)

- ✓ CMV: ¿hemos avanzado en algo? *Dra. Elena Temporiti, Argentina.*
- ✓ Infecciones Fúngicas Invasivas y TOS: Anfotericinas, Azólicos, Equinocandinas: estrategias de tratamiento. ¿Algo nuevo? *Dr. Daniel Zapata, México.*
- ✓ ITU en Trasplante renal: una puesta al día. *Dra. Melisa Martínez, Argentina.*

Módulo 4 | Prevención de enfermedades y multirresistencia en TOS

- ✓ Arbovirosis: una epidemia que golpea a América latina. *Dra. Ligia Pierotti, Brasil.*
- ✓ Vacunas y TOS: ¿cuál es el calendario? *Dra. Astrid Smud, Argentina.*
- ✓ Stewardship en TOS. Tratamientos orales en infecciones severas y Tratamientos acortados: ¿es eso posible? *Dra. Laila Woc Colburn, Atlanta / Guatemala.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Completando el curso obtendrás un certificado con **créditos SADI**

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 reporteepi-demilogicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.