

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de meningitis por *Streptococcus pneumoniae*

AMÉRICA

- Brasil: Caso fatal de infección por una variante porcina del virus de la influenza A(H1N1)
- Brasil: El humo de los incendios forestales afecta más la salud de los indígenas
- Estados Unidos: Aumentaron los casos de enfermedad meningocócica entre personas con VIH

- Estados Unidos: Alerta sanitaria en Florida por dos casos autóctonos de malaria

- Panamá: Confirmaron tres nuevos casos de hantaviriosis en Los Santos

- Perú: 31 niños muertos y 46.000 enfermos en el mayor brote de dengue en una década

EL MUNDO

- Afganistán: Los casos de sarampión muestran una leve tendencia al descenso

- Austria: Brote de infecciones por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga en Vorarlberg

- El Líbano: Declaran el fin de la epidemia de cólera

- Filipinas: Iloilo informó 14 casos de encefalitis japonesa, cuatro de ellos fatales

- Francia: Primera detección de perros infectados por *Brucella suis* biovar 2

- Nigeria: El sarampión mató a más de 50 niños desde febrero de este año

- Sri Lanka: Preocupación por una cuestionada vacuna antimeningocócica para los peregrinos del Hajj

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
ANA CEBALLOS // DOMINIQUE PEYRAMOND // LOLA VOZZA
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 // PABLO BONVEHÍ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ

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

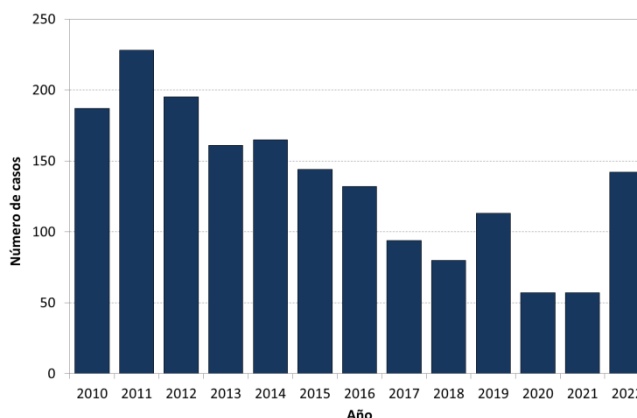
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

En el período 2010-2022 se registraron en Argentina entre 50 y 230 casos anuales de meningitis neumocócica en la población general, con tasas de incidencia de entre 0,12 y 0,55 casos cada 100.000 habitantes, evidenciándose una tendencia decreciente a partir del año 2012, luego de la introducción de la vacuna conjugada 13-valente (PCV-13) al Calendario Nacional de Vacunación.

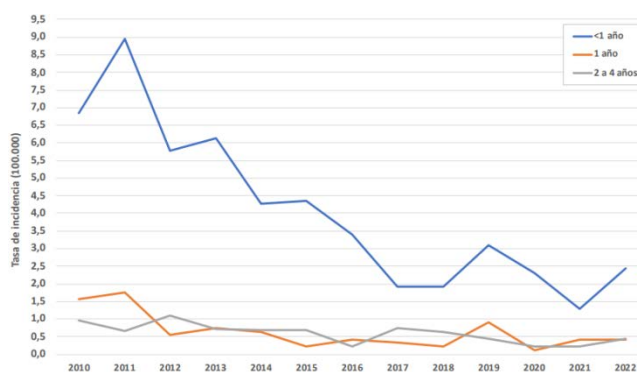
En el año 2022, el número de casos notificados se incrementó en más del doble respecto de los registrados cada año en el bienio 2020-2021 (bienio en el que se notificaron la menor cantidad de casos de la última década) y en 27% más que los notificados en 2019 (previo a la pandemia de covid). La tasa de incidencia de meningitis neumocócica en la población general para 2022 fue de 0,3 casos cada 100.000 habitantes, valor similar a los que se registraban en los años 2015-2016 (de 3 a 4 años después del inicio de la vacunación pediátrica).

La distribución de casos por grupo etario presenta un perfil acorde al descrito internacionalmente, con afectación principalmente pediátrica (menores de 5 años), seguida en frecuencia por el grupo de adultos mayores de 45 años.

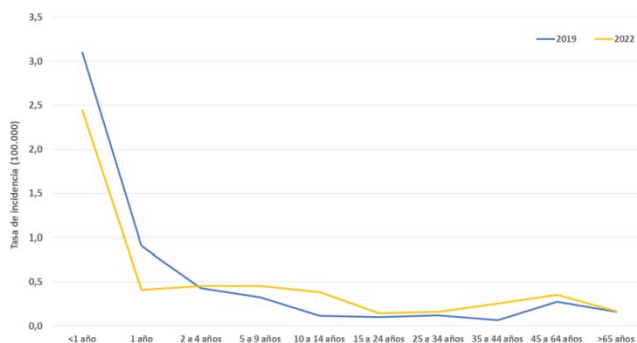
En el período analizado puede observarse que la reducción en el número de casos ocurrida en la última década en Argentina se relaciona fundamentalmente con la disminución de casos en el grupo etario de menores de 5 años, grupo elegible para la vacunación por calendario y sobre el cuál se identificaba la mayor carga de enfermedad. Sin embargo, en



Casos confirmados de meningitis neumocócica. Argentina. Años 2010/2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Tasas de incidencia de meningitis neumocócica en menores de 5 años, según grupos etarios. Argentina. Años 2010/2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Tasas de incidencia de meningitis neumocócica cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Argentina. Años 2019 y 2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

el año 2022 se evidenció un aumento en el número de casos de meningitis neumocócica en la mayoría de los grupos etarios respecto de los datos obtenidos en los últimos años.

Al realizar un análisis desagregado en los menores de 5 años puede observarse que, en la última década, la reducción en las tasas de incidencia fue mayor en los menores de 1 año, el subgrupo principalmente afectado.

En 2022, el 22% de los casos se presentaron en menores de 5 años con tasas de incidencia menores a las registradas en el año 2019 (pre-pandemia) en el subgrupo de menores de 1 año y 1 año, pero levemente mayores en el subgrupo de 2 a 4 años (0,45 vs 0,36 cada 100.000 habitantes, respectivamente). Todos los grupos etarios restantes superaron las tasas de incidencia que presentaban en el año 2019.

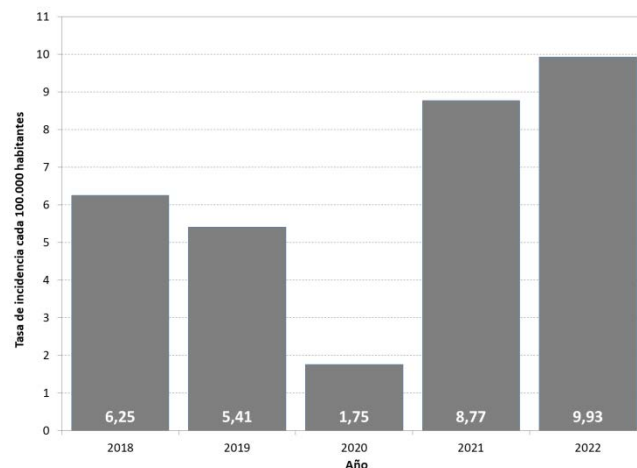
En el año 2022, se notificaron casos en 21 provincias. La mayor cantidad de casos (67%) se concentró en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires, Chaco, Córdoba y Santa Fe. Las provincias de La Pampa, Chaco y Tierra del Fuego presentaron las tasas de incidencia más altas, con valores mayores a 1 cada 100.000 habitantes.

Las tasas de letalidad por meningitis neumocócica del último bienio fueron las más altas de los últimos cinco años, registrándose una letalidad de 9,93% con 14 fallecimientos notificados por esta causa en 2022.

En relación a los serotipos identificados como causantes de enfermedad neumocócica invasiva (ENI), se puede evidenciar que aquellos incluidos en la vacuna PCV-13 han presentado una significativa reducción luego de la introducción de la vacuna al Calendario Nacional como causantes de ENI en menores de 5 años. La distribución porcentual de los serotipos vacunales contra los no vacunales evidencia que la proporción de vacunales se redujo de 87% en el año 2010 a 19% en el año 2020, con un incremento a 36% para el año 2022. Por su parte, los serotipos no vacunales muestran un aumento de casos que no ha alcanzado la magnitud de la carga de enfermedad que registraban los serotipos vacunales antes del año 2012 y, desde el año 2014, representan proporcionalmente la mayoría de los aislamientos serotipificados.

Provincia/Región	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	24	0,78
Buenos Aires	24	0,13
Córdoba	12	0,31
Entre Ríos	3	0,21
Santa Fe	16	0,45
Centro	79	0,27
Mendoza	3	0,15
San Juan	2	0,25
San Luis	1	0,19
Cuyo	6	0,18
Chaco	18	1,47
Corrientes	1	0,09
Formosa	1	0,16
Misiones	2	0,16
Noreste Argentino	22	0,52
Catamarca	1	0,24
Jujuy	4	0,51
La Rioja	—	—
Salta	4	0,27
Santiago del Estero	—	—
Tucumán	8	0,46
Noroeste Argentino	17	0,29
Chubut	2	0,31
La Pampa	7	1,92
Neuquén	4	0,59
Río Negro	2	0,26
Santa Cruz	—	—
Tierra del Fuego	2	1,10
Sur	17	0,56
Total Argentina	141	0,30

Casos y tasas de incidencia cada 100.000 habitantes de meningitis neumocócica, según jurisdicción. Argentina. Año 2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Tasas de letalidad por meningitis neumocócica. Argentina. Años 2018/2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

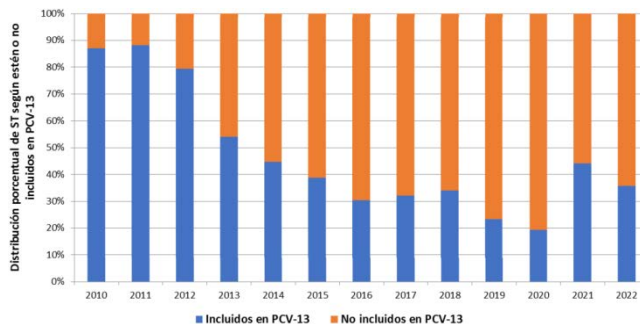
Coberturas de vacunación

La vacuna antineumocócica conjugada 13-valente (PCV-13) se introdujo al Calendario Nacional de Vacunación de Argentina en el año 2012 con esquema 2+1 (a los 2, 4 y 12 meses de vida), con el objetivo de controlar la enfermedad y disminuir la morbimortalidad por neumonía neumocócica y ENI en el país.

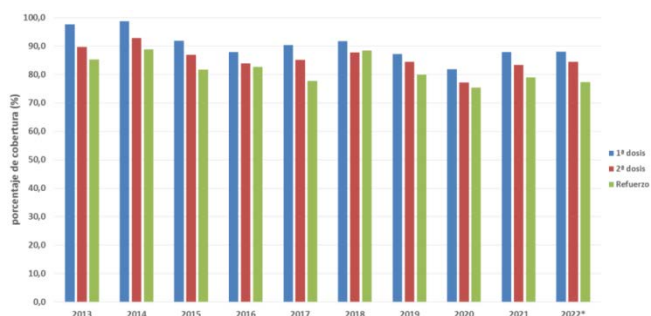
En forma complementaria, en el año 2017 tuvo inicio la estrategia de vacunación con esquema secuencial (vacuna conjugada 13-valente/polisacárida 23-valente) para personas mayores de 65 años y personas de entre 5 y 65 años con factores de riesgo para ENI, con el objetivo de reducir la incidencia, complicaciones, secuelas y mortalidad por neumonía neumocócica y ENI en estos grupos.

Las coberturas de vacunación contra neumococo se vieron reducidas en el año 2020 durante la pandemia de covid, tanto en las dos dosis del esquema básico como en el refuerzo, al igual que ocurrió con el resto de las vacunas del Calendario Nacional, profundizando el descenso que se venía observando en años previos. En el año 2022, a la fecha del presente informe, se evidencian valores similares de coberturas que en 2021 para las dosis del esquema básico, pero menores para el refuerzo de los 12 meses (no alcanzan el 80%), persistiendo todas ellas aún en valores subóptimos para poder avanzar en el desafío del control de la enfermedad.

Este escenario predispone al acúmulo de población susceptible, favoreciendo la reemergencia de casos y aparición de brotes por serotipos vacunales en la población de mayor vulnerabilidad.



Distribución porcentual de serotipos (vacunales y no vacunales) causantes de enfermedad neumocócica invasiva en menores de 5 años. Argentina. Años 2010/2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Coberturas nacionales de vacunación contra neumococo, según dosis. Argentina. Años 2013/2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina



BRASIL

CASO FATAL DE INFECCIÓN POR UNA VARIANTE
PORCINA DEL VIRUS DE LA INFLUENZA A(H1N1)

16/06/2023

El 7 de junio de 2023, el Punto Focal Nacional del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre una infección humana mortal causada por una variante del virus de la influenza A(H1N1) [A(H1N1)v] de origen porcino detectado por el Centro Nacional de Influenza (CNI) de la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ), en Rio de Janeiro.

La paciente era una mujer de 42 años con condiciones médicas subyacentes que vivía cerca de una granja porcina. Desarrolló fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta y dolor abdominal el 1 de mayo de 2023 y fue hospitalizada el 3 de mayo con una infección respiratoria aguda grave. El 4 de mayo la paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y falleció el 5 de mayo.

Las investigaciones en curso informaron que la paciente no tuvo ningún contacto directo con los cerdos; sin embargo, dos de sus contactos cercanos trabajan en la granja porcina. Los dos contactos no desarrollaron enfermedad respiratoria y dieron negativo para influenza. Hasta la fecha, no se ha identificado ninguna transmisión de persona a persona asociada con este caso.

Durante la hospitalización, se recolectó una muestra de hisopado nasofaríngeo de la paciente para pruebas de influenza y SARS-CoV-2, como parte de las actividades regulares de vigilancia de virus respiratorios. La prueba de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) fue realizada en el Laboratorio Central de Salud Pública del Estado de Paraná, donde la muestra fue subtipificada como virus influenza A(H1N1). La muestra también dio positivo para un marcador del virus de la influenza porcina mediante RT-PCR.

El espécimen fue enviado al CNI de la FIOCRUZ, en Rio de Janeiro, donde se realizaron más análisis complementarios y la secuenciación genómica. Las muestras recibidas en el CNI el 25 de mayo fueron confirmadas como virus de influenza A(H1N1)v por análisis de secuencia el 30 de mayo. El genoma recuperado tiene alta identidad (99%) con la hemaglutinina (HA) de otros virus de influenza A(H1N1)v detectados previamente en el municipio de Toledo, estado de Paraná, en 2022. Además, tiene 96% de identidad con la HA de virus recolectados de cerdos en Brasil en 2015.

El 8 de junio, después de que el Ministerio de Salud de Brasil notificara a la OMS en virtud del RSI, el CNI inició el proceso para enviar las muestras del paciente al Centro Colaborador de la OMS en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, para su posterior caracterización.

Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias locales y nacionales implementaron las siguientes medidas de salud pública:

- Realización de investigaciones epidemiológicas adicionales y seguimiento de contactos en la familia, la comunidad y los establecimientos de salud.
- Monitoreo de la vigilancia de la enfermedad tipo influenza (ETI) e infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en los municipios aledaños (dentro de la misma región sanitaria), particularmente del virus de la influenza, buscando analizar el comportamiento y tendencias de los virus respiratorios en la región.
- Reforzar la campaña de vacunación contra la influenza estacional en los grupos de riesgo.

Evaluación de riesgos de la OMS

Este es un caso esporádico basado en la información actualmente disponible y no se ha detectado una mayor propagación.

Se ha descrito una transmisión limitada y no sostenida de persona a persona de variantes del virus de la influenza, aunque no se ha identificado una transmisión comunitaria en curso. La evidencia actual sugiere que estos virus no han adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre humanos.

Actualmente no existe una vacuna para la infección por influenza A(H1N1)v autorizada para su uso en humanos. Por lo general, no se espera que las vacunas contra los virus de la influenza humana protejan a las personas de los virus de la influenza que normalmente circulan en los cerdos, pero pueden reducir la probabilidad de enfermarse por los virus de la influenza humana y variantes.

La OMS evalúa el riesgo de propagación internacional de la enfermedad y/o la propagación a nivel comunitario entre humanos que plantea este evento como bajo. El nivel de riesgo se modificará si las investigaciones que están realizando las autoridades nacionales lo justifican.

Consejo de la OMS

- **Vigilancia**
 - Este caso no cambia las recomendaciones actuales de la OMS sobre medidas de salud pública y vigilancia de la influenza estacional.
 - Debido a la naturaleza en constante evolución de los virus de influenza, la OMS continúa enfatizando la importancia de la vigilancia global para detectar cambios virológicos, epidemiológicos y clínicos asociados con los virus de influenza en circulación que pueden afectar la salud humana (o animal) y el intercambio oportuno de virus para la evaluación de riesgos.
 - Se necesita vigilancia continua dentro de las áreas afectadas y vecinas para detectar infecciones en animales y humanos. La colaboración entre los sectores de la salud humana y animal es esencial. Dado que no está claro el alcance de los virus de la influenza que circulan en los animales, la vigilancia epidemiológica y virológica y el seguimiento de los casos humanos sospechosos deben continuar de manera sistemática. Una [Orientación sobre la investigación de la influenza no estacional y otras enfermedades respiratorias agudas emergentes](#) está disponible en el sitio web de la OMS.

- Se debe mantener la vigilancia de la aparición de nuevos virus de influenza con potencial pandémico. La OMS ha desarrollado una [guía práctica para la vigilancia integrada en el contexto de la cocirculación del SARS-CoV-2 y los virus de la influenza](#).
- Es fundamental que los virus de influenza de animales o de personas se caractericen completamente en laboratorios apropiados de referencia de influenza para salud animal o humana. Según el [Marco de Preparación para la Influenza Pandémica de la OMS](#), se espera que los Estados miembros compartan los virus de influenza con potencial pandémico de manera regular y oportuna con el [Sistema Global de Vigilancia y Respuesta a la Influenza \(GISRS\)](#).
- **Notificación e investigación**
 - Todas las infecciones humanas causadas por un nuevo subtipo de influenza son notificables en virtud del RSI, y los Estados Partes del RSI deben notificar de inmediato a la OMS sobre cualquier caso confirmado por laboratorio de una infección humana reciente causada por un virus de influenza A con el potencial de causar una pandemia. No se requiere evidencia de enfermedad para este informe.
 - En el caso de una infección humana confirmada o sospechosa causada por un nuevo virus de influenza con potencial pandémico, incluida una variante del virus, se debe realizar una investigación epidemiológica exhaustiva del historial de exposición a animales, de viajes y rastreo de contactos. La investigación epidemiológica debe incluir la identificación temprana de eventos respiratorios inusuales que podrían indicar la transmisión del nuevo virus de persona a persona. Las muestras clínicas recolectadas en el momento y lugar en que ocurrió el caso deben analizarse y enviarse a un Centro Colaborador de la OMS para una posterior caracterización.
- **Viajes y comercio**
 - La OMS no recomienda restricciones de viaje y/o comercio con Brasil según la información disponible sobre este evento.
- **Medidas de prevención para viajeros**
 - La OMS recomienda que los viajeros a países con brotes conocidos de influenza animal eviten las granjas, el contacto con animales en los mercados de animales vivos, ingresar a áreas donde se puedan sacrificar animales o el contacto con cualquier superficie que parezca estar contaminada con excrementos de animales. Los viajeros también deben lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón. Todas las personas deben seguir buenas prácticas de higiene y seguridad alimentaria.
 - La OMS no recomienda la detección especial de viajeros en los puntos de ingreso o restricciones con respecto a la situación actual de los virus de influenza en la interfaz humano-animal.

Los virus de la influenza A(H1) son enzoóticos en las poblaciones porcinas en la mayoría de las regiones del mundo. Cuando se detecta en una persona un virus de la influenza que normalmente circula en los cerdos, se le llama “variante del virus de la influenza”. A(H1N1), A(H1N2) y A(H3N2) son los principales subtipos de los virus de influenza porcina A en los cerdos y ocasionalmente infectan a los humanos, generalmente después de la exposición directa o indirecta a los cerdos o ambientes contaminados.

Las infecciones humanas con variantes del virus tienden a provocar una enfermedad clínica leve, aunque algunos casos han sido hospitalizados con una enfermedad más grave y algunos han sido mortales.

Hasta la fecha, se han informado infecciones humanas esporádicas causadas por los virus de influenza A(H1N1)v y A(H1N2)v en Brasil, y no ha habido evidencia de transmisión sostenida de persona a persona.

Esta es la primera infección humana causada por un virus de influenza A(H1N1)v reportada en 2023 en Brasil, y la tercera infección humana reportada en el estado de Paraná (la primera fue detectada en 2021 y la segunda en 2022).

Las personas que habitan en los territorios indígenas de la cuenca amazónica tienen el doble de probabilidad de morir de forma prematura a causa de las partículas del humo de los incendios que el resto de la población.

Así lo muestra un reciente [estudio](#) que utilizó un modelo de transporte químico para calcular cómo cambia la concentración de las partículas $PM_{2,5}$ en el aire cuando hay incendios y cuando no, con el fin de determinar cuántas de ellas respiran las personas en la zona amazónica en comparación con el resto de la región.



En Brasil, 95% de los incendios forestales son causados por la acción humana, ya sea intencional o accidentalmente.

Las sustancias suspendidas en el aire –como polvo, hollín, metales pesados o cenizas, entre otras– que tienen una dimensión suficientemente pequeña para ser respiradas se clasifican según su tamaño. Las partículas de tamaño igual o menor a 10 micrómetros se conocen como PM_{10} y las más pequeñas, que miden menos de 2,5 micrómetros (es decir, 100 veces más pequeñas que el diámetro de un cabello humano), se llaman $PM_{2,5}$.

Desde hace décadas se sabe que estas partículas tienen efectos sobre la salud de las personas, asociados al aumento de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, porque son capaces de llegar profundamente en los pulmones y depositarse. Además, al ser más ligeras, permanecen más tiempo en el aire y pueden tener impactos a largo plazo.

Al analizar quiénes estaban muriendo por respirar el humo de los incendios forestales, se observó que la mayoría de los estudios usaba datos de hospitales o clínicas, pero para la gente que vive en el Amazonas, de mayoría indígena, no es tan fácil obtener datos de sus afectaciones porque no tienen hospitales ni clínicas cerca.

Para obtener esos datos, se simularon dos escenarios, con y sin incendios, con el fin de determinar las concentraciones de $PM_{2,5}$. Luego se usó un cálculo matemático (función de respuesta a la concentración) que permite comparar estos niveles de contaminación con la morbilidad de un sitio determinado.

Así se calculó el exceso de muertes, es decir, cuántas personas mueren en el escenario donde hay incendios y, en consecuencia, más $PM_{2,5}$ en el aire.

El estudio concluyó que mientras que la exposición al humo es responsable de dos muertes prematuras cada 100.000 personas al año en Sudamérica, cuando se trata de personas que habitan territorios indígenas de la región amazónica la cifra se duplica: cuatro cada 100.000.

Las personas que viven en esas áreas respiran más humo, lo que al final afecta más su salud y puede causar su muerte. Se sabe que hay menos personas viviendo en las zonas indígenas que en las no indígenas, no se puede afirmar que muere mucha gente ahí, pero cuando las cifras se consideran en contexto, se revela que las zonas indígenas son doblemente afectadas que otras regiones.

Este resultado coincide con [estudios previos](#) y también con lo que se reportó en el [primer informe regional](#), publicado el 28 de marzo, que explica que la selva amazónica tiene una resistencia relativamente baja a los incendios forestales. Esto se está agravando por el cambio de uso de la tierra y la deforestación.

Actualmente hay 5,8 millones de personas viviendo en territorios indígenas de la cuenca amazónica, y representan 1,4% de la población total de América del Sur.

De los países que forman parte de la cuenca amazónica, los indígenas de Bolivia y Brasil son los que tienen mayor vulnerabilidad al humo de los incendios. En ellos la cifra aumenta a 9 y 12 muertes prematuras cada 100.000 habitantes, respectivamente, debido a que los vientos del sur dirigen el humo de los incendios hacia esos países.

Estos resultados son esperables y muestran que hay una gran necesidad por adoptar medidas urgentes para reducir los efectos de los incendios forestales no solamente en la salud humana sino también en el ambiente. Una de esas medidas es realizar más monitoreos que ayuden a informar y prevenir a la sociedad, y junto con los tomadores de decisiones impulsar que se formulen políticas públicas.

Sin embargo, en la región hay poca información. Según [datos](#) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), tan sólo para 2016, 77 ciudades de 17 países de América Latina y el Caribe tenían algún tipo de sistema de medición de la calidad del aire o un instituto encargado, lo que dificulta en gran medida que se disponga de datos actualizados que conlleven a tomar medidas para evitar enfermedades causadas por las partículas PM y que desencadenan en muertes.

La enfermedad meningocócica, causada por la bacteria *Neisseria meningitidis*, es una enfermedad de inicio repentino y potencialmente mortal que generalmente se presenta como meningitis o meningococemia. Los signos y síntomas más comunes de la meningitis incluyen fiebre, dolor de cabeza y rigidez en el cuello; los signos y síntomas más comunes de la meningococemia son fiebre, escalofríos, fatiga, vómitos, diarrea, manos y pies fríos y dolores o molestias intensos.



La vacunación antimeningocócica conjugada tetravalente (MenACWY) se recomienda de forma rutinaria para adolescentes y personas con mayor riesgo de contraer la enfermedad, incluidas las personas con VIH. En 2016, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomendó una serie de dos dosis de MenACWY para personas con VIH y se incorporó al calendario de vacunación de Estados Unidos. Sin embargo, la cobertura entre las personas con VIH sigue siendo baja: en un estudio realizado entre enero de 2016 y marzo de 2018, solo 16,3% de las personas con VIH recibieron una o más dosis de la vacuna MenACWY dentro de los dos años posteriores a su diagnóstico.

Un [estudio](#) reciente describe un aumento de la enfermedad meningocócica entre las personas con VIH en Estados Unidos en 2022. Los datos generalmente se finalizan en el otoño del año siguiente; por lo tanto, este informe se basa en datos preliminares para 2022.

Durante 2017-2021, se notificaron entre cinco y 15 casos de enfermedad meningocócica cada año entre personas con VIH, lo que representa entre 1,5% y 4,3% de todos los casos anuales. Según datos preliminares, se notificaron 29 casos de enfermedad meningocócica entre personas con VIH en 2022, lo que representa 9,8% de todos los casos. Este recuento de casos podría aumentar cuando se complete el informe.

Entre los 29 casos de enfermedad meningocócica entre personas con VIH en 2022, 22 no habían recibido la vacuna MenACWY, seis tenían un historial de vacunación desconocido y uno había recibido la vacuna, pero se desconocía el número de dosis recibidas. Quince de los 29 casos fueron parte de un gran brote del serogrupo C que ocurrió principalmente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH); sin embargo, después de excluir los casos asociados con brotes de HSH para todos los años, se mantuvo un aumento sustancial en los casos de enfermedad meningocócica entre personas con VIH en 2022: 14 casos en comparación con cuatro a ocho casos por año durante 2017-2021. De los 14 casos entre personas con VIH en 2022 que no estaban relacionados con el brote principalmente entre HSH, nueve fueron causados por una única cepa de *N. meningitidis* serogrupo Y complejo clonal CC174 secuencia tipo ST-1466. Ocho de estos nueve casos ocurrieron en personas negras o afroamericanas y siete entre HSH. Los nueve casos causados por una única cepa se informaron en tres estados sin conexiones identificadas entre los casos. Los cinco casos restantes no estaban agrupados geográficamente y no se identificaron conexiones epidemiológicas.

La cobertura con la vacuna MenACWY entre las personas con VIH es baja; dado el aumento reciente de casos de enfermedad meningocócica en esta población, los proveedores de atención médica deben asegurarse de que todas las personas con VIH estén al día con la vacuna MenACWY, según las recomendaciones del ACIP, así como con otras vacunas recomendadas para esta población. Los proveedores de atención médica también deben mantener un alto índice de sospecha de enfermedad meningocócica entre las personas con VIH que tienen síntomas de la enfermedad. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan que todas las personas se hagan la prueba del VIH al menos una vez en la vida. Los proveedores deben asegurarse de que los pacientes con enfermedad meningocócica y estado de VIH desconocido sean examinados para detectar el VIH.



El Departamento de Salud de Florida en los condados de Sarasota y Manatee emitió una alerta sanitaria por enfermedad transmitida por mosquitos para los condados mencionados. El 26 de mayo de 2023, el departamento publicó información sobre el primer caso autóctono confirmado de malaria, que recibió tratamiento y se recuperó. Desde que se emitió este aviso, se confirmó otro caso y el paciente está siendo tratado. Los residentes en estas áreas deben tomar precauciones, como usar camisas y pantalones de manga larga, aplicar repelente de insectos y evitar áreas con altas poblaciones de mosquitos, especialmente durante el amanecer y el atardecer cuando los mosquitos están más activos.

El Departamento de Salud de Florida está trabajando en estrecha colaboración con los socios locales y el control de mosquitos del condado. Se está realizando la fumigación aérea y terrestre contra mosquitos en estas áreas para mitigar el riesgo de una mayor transmisión.

La malaria no se transmite de persona a persona. Solo los mosquitos *Anopheles* infectados pueden transmitir la malaria a los humanos. En este caso, se ha identificado malaria por *Plasmodium vivax*, que no es tan fatal como otras especies de *Plasmodium*. El tratamiento efectivo está disponible en hospitales y otros proveedores de atención médica. Las personas en esta área con síntomas de fiebre, escalofríos, sudores, náuseas/vómitos y dolor de cabeza deben buscar atención médica inmediata.

El Departamento de Salud de Florida en los condados de Sarasota y Manatee continúa recomendando a la población que se mantenga diligente en sus esfuerzos personales de protección contra mosquitos.

La mayoría de los casos de malaria diagnosticados en Estados Unidos son importados, generalmente por personas que viajan a países donde la malaria es endémica. Sin embargo, pueden ocurrir casos de malaria transmitida por mosquitos adquiridos localmente, ya que los mosquitos vectores *Anopheles* están presentes en todo Estados Unidos. En 2003, se identificaron ocho casos de malaria por *P. vivax* adquirido localmente en el condado de Palm Beach, Florida.

El Departamento de Salud de Florida está trabajando en estrecha colaboración con socios locales y el control de mosquitos de los condados de Sarasota y de Manatee para prevenir una mayor transmisión de la malaria y fortalecer la detección de casos. Han llevado a cabo fumigaciones aéreas y con camiones en el área general donde vive el caso. Los profesionales de salud pública estatales y locales se han comunicado con los médicos del área y la población para crear conciencia y brindar orientación.

El riesgo de malaria adquirida localmente es extremadamente bajo en Estados Unidos.

Además de considerar como rutina la malaria en pacientes febriles con antecedentes de viajes a áreas donde se transmite la enfermedad, el diagnóstico de malaria también debe considerarse en cualquier persona con fiebre de origen desconocido, independientemente del historial de viajes.

Dos niños y un ciudadano extranjero, son los casos más recientes de hantavirosis detectados en la provincia de Los Santos, región de país que acumula 11 casos en este año 2023.

Según la información oficial, los casos nuevos se han registrado en las últimas tres semanas, de los cuales el adulto extranjero de 31 años se encuentra hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos.



Los dos niños, de 5 y 10 años de edad, también están hospitalizados bajo supervisión médica en la sala de Pediatría del Hospital ‘Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas’.

Ayvar Isaías Hernández Saavedra, director regional de Salud de Los Santos, indicó que los casos se registraron en Tonosí, Las Tablas y Pedasí, y mantienen buena evolución a pesar de su condición.

De los 11 casos del año, cuatro corresponden a fiebre por hantavirus y siete a síndrome cardiopulmonar por hantavirus, indicó Hernández.

Según explicó, aunque durante el primer semestre del año los casos se han mantenido dentro de los parámetros normales, no se descarta un aumento debido al movimiento de preparación de tierra para la siembra, ante la llegada de las lluvias.

“Son meses en los que esperamos un aumento de casos ya que se empieza trabajar las tierras y por eso el vector transmisor emigra a las casas”, indicó el funcionario.

El Ministerio de Salud continúa orientando constantemente en cada distrito, educando sobre las medidas para evitar la transmisión de la enfermedad, y realizando la investigación de casos cada vez que se comprueba un contagio.

Según el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Panamá, los casos de hantavirosis en todo el país suman 20 hasta la fecha, de los cuales 13 corresponden al síndrome cardiopulmonar por hantavirus –uno de ellos fatal en la provincia de Herrera a inicios del año– y siete a fiebre por hantavirus. Estos 20 casos confirmados se han verificado en las provincias de Los Santos (11 casos); Herrera (6) y Coclé (3).

El análisis de la secuencia genómica indica que el virus Choclo es el hantavirus identificado en casos previos. El roedor hospedador del virus Choclo es el ratón arrocero pigmeo (*Oligoryzomys fulvescens*). Estos roedores viven dentro y alrededor de áreas agrícolas y casas y edificios adyacentes. Pueden infectarse persistentemente con el virus y excretarlo en la orina, las heces y la saliva, la fuente de infección humana.

Al menos 31 niños y adolescentes han muerto y otros 45.900 se han infectado con el mortal virus del dengue, en la peor epidemia de la enfermedad en Perú en más de una década, según Save the Children.

El país registró más de 150.294 casos desde enero de 2023, una cifra sustancialmente superior al pico anterior de 74.000 casos en todo el año 2017. El número de víctimas mortales del brote se ha elevado a 252 en todo el país. Perú suele registrar una media de unos 28.000 casos al año, con picos durante los fenómenos meteorológicos de El Niño.

Los niños y adolescentes representan más de 30% de todos los casos del último brote en Perú, siendo los más afectados los de las regiones de Piura y Lambayeque, que presentan los principales síntomas del dengue: fiebre, somnolencia, falta de energía o irritabilidad, erupción cutánea, vómitos y sangrado inusual en los casos más graves.

Las alarmantes cifras demuestran la alta vulnerabilidad de la infancia a esta enfermedad y la necesidad de reforzar las medidas de prevención y control contra el dengue, que se transmite a través del mosquito *Aedes aegypti*.

Enfrentarse a este brote de dengue ha sido un reto para Perú ya que las condiciones climáticas más calurosas y las fuertes lluvias están proporcionando el entorno ideal para la reproducción del mosquito transmisor del dengue. Estas condiciones se intensificaron con la llegada del ciclón Yaku a principios de año, el primero en el país en 40 años. Los efectos de la crisis climática están dificultando la detención del brote a pesar de la intensificación de la fumigación y la eliminación de los criaderos.

El dengue es común en las zonas tropicales del mundo, y los brotes son típicos durante las estaciones lluviosas. Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a la enfermedad porque su sistema inmunitario es más débil que el de los adultos y suelen jugar al aire libre, donde hay menos protección contra los mosquitos.

Este brote de dengue afecta a 18 de las 24 regiones del país que han sido declaradas en estado de emergencia. La epidemia de dengue también ha provocado la interrupción de las clases, y en algunas zonas se ha optado por volver a la educación virtual, que se había acabado con el declive de la pandemia de covid. Del mismo modo, el abrumador número de casos ha superado la capacidad de los hospitales y centros de salud locales, limitando el acceso a una atención médica oportuna.

“Estamos viendo cómo el dengue afecta a niños y adolescentes. Al igual que con la covid, nos afecta mucho, incluso mata a algunos niños, y muchos de nosotros ahora tenemos que volver a tomar nuestras clases en casa. La gente está muy asustada. Los peores lugares para el dengue están en el norte del país”, comentó Andrés, un adolescente de 16 años y residente en la región de Lima.

Con el fenómeno de El Niño Global, las condiciones climáticas favorecerán la aparición del dengue y otras enfermedades que ponen en riesgo a los grupos más vulnerables, como niños, adolescentes, embarazadas y ancianos.

“Los niños y adolescentes de Perú son particularmente vulnerables al dengue, y las altas tasas de casos son notablemente preocupantes. Perú necesita desesperadamente un liderazgo nacional más fuerte para poner en marcha políticas que prevengan y respondan a epidemias como ésta. Hay que dar prioridad a los niños y adolescentes, así como mejorar la inversión en salud pública y reforzar las medidas preventivas para erradicar los criaderos de mosquitos”, aseguró Verónica Valdivieso, directora de Save the Children Perú.

Como parte de su respuesta integral a la emergencia causada por las lluvias e inundaciones, Save the Children está distribuyendo kits de agua segura, kits de higiene, kits de desinfección para refugios e instituciones educativas, y apoyando el control de vectores a través de la fumigación en coordinación con el Ministerio de Salud. Además, se ha implementado una campaña de prevención con mensajes dirigidos a niños y adolescentes, difundida en hogares y escuelas, con potencial para ser replicada ampliamente.

Save the Children ha trabajado en Perú desde 1980, llegando a más de 129.800 personas en 2021, incluidos más de 37.000 niños y adolescentes.

Si bien la curva epidemiológica del sarampión en Afganistán muestra un ligero aumento en el número de casos sospechosos en la semana epidemiológica (SE) 23, en general, los casos muestran una lenta tendencia decreciente desde la SE 10, aunque todavía el número de casos notificados se considera elevado en comparación con el nivel endémico del país antes del brote.

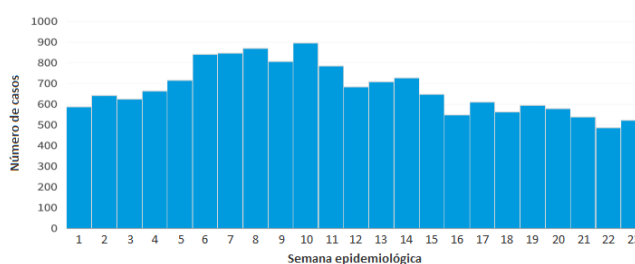
Durante la SE 23 de 2023 se reportaron 524 casos sospechosos, un incremento de 7,6% en el número de casos, con respecto a la semana previa. No se reportaron muertes asociadas al sarampión durante la SE 23.

Desde enero de 2023, se notificó un total de 15.509 casos de sarampión, de los cuales 11.041 (71,2%) eran niños menores de 5 años y 7.324 (47,2%) eran mujeres.

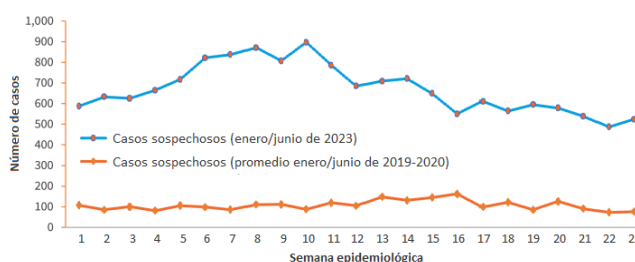
Al comparar la curva actual con la curva del promedio de casos sospechosos notificados durante 2019/2020, se observa que, a pesar de los esfuerzos para controlar el brote, los casos siguen ocurriendo a un ritmo más alto en comparación con el nivel endémico de 2019/2020.

Actividades de respuesta

- Un total de 7.133 niños han sido vacunados como parte de las campañas de inmunización de respuesta al brote por parte de las ONG en las áreas afectadas por el brote en todo el país desde enero de 2023.
- La campaña nacional de inmunización contra el sarampión se realizó de noviembre a diciembre de 2022, alcanzando a 5,3 millones de niños de 9 a 59 meses de edad en 329 distritos planificados de 34 provincias de todo el país (casi 99% de cobertura administrativa).
- Desde diciembre de 2021, alrededor de 11 millones de niños (de entre 6 meses y 14 años de edad) han sido vacunados a través de cinco diferentes campañas nacionales de inmunización y respuesta al brote de sarampión en 34 provincias.
- Se proporcionó un total de 593 kits de gestión de casos de sarampión a 28 provincias en siete regiones de todo el país para apoyar la gestión de casos.



Casos sospechosos de sarampión. Afganistán. Año 2023, hasta semana epidemiológica 23. Fuente: Ministerio de Salud Pública de Afganistán. Datos al 3 de junio de 2023. (N=15.509).



Casos sospechosos de sarampión. Afganistán. Promedio semanal de los años 2019/2020 y casos semanales de 2023; semanas epidemiológicas 1 a 23. Fuente: Ministerio de Salud Pública de Afganistán.

Desde fines de mayo, 11 niños y jóvenes, en su mayoría de tres guarderías en el área de Frastanz, contrajeron infecciones por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC). Los funcionarios de Salud no mencionaron el serotipo.

Al menos dos niños desarrollaron síndrome urémico hemolítico y otros cuatro fueron hospitalizados, informaron los funcionarios del estado federado de Vorarlberg.



En las tres guarderías se realizaron visitas de higiene con recomendaciones de limpieza y desinfección. Las muestras de alimentos enviadas para su análisis fueron todas negativas. Se tomaron trece muestras de hisopos de las superficies de trabajo en el área de la cocina, más nueve muestras de alimentos de las guarderías afectadas y de la cocina central.

Otras 15 muestras de la cocina se enviaron al laboratorio de referencia de la Agencia Austriaca para la Salud y la Seguridad Alimentaria (AGES) para ser analizadas. Estas también fueron negativas. Las autoridades dijeron que se estaba llevando a cabo una investigación sobre la causa de las enfermedades con tres niños aún hospitalizados.

El serotipo de *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC) no ha sido informado. Las infecciones entéricas, incluida la causada por STEC, se pueden propagar fácilmente en el entorno de cuidado infantil. La infección por STEC, cuya cepa prototípica es la O157:H7, puede provocar diarrea sanguinolenta, generalmente no febril, que puede progresar a insuficiencia renal y descomposición de los glóbulos rojos relacionados con el efecto de la toxina en el riñón. El uso de antibacterianos en las primeras etapas de la infección puede aumentar el riesgo de complicaciones, especialmente el síndrome urémico hemolítico.

La evaluación de los niños asintomáticos en el contexto de un brote de infecciones por STEC en guarderías puede ser una parte importante del control.



El Programa de Emergencia Sanitaria del Ministerio de Salud Pública de El Líbano anunció el fin del brote de cólera en el país, en un comunicado que detalla las medidas tomadas para combatir la epidemia, lo que resultó en que no se confirmaran casos de la enfermedad desde fines de febrero pasado.

El Líbano fue testigo de un brote de cólera que se prolongó durante varios meses, durante los cuales el Ministerio de Salud Pública unificó los esfuerzos y medidas necesarios para combatir esta epidemia en cooperación con todas las partes y ministerios pertinentes, especialmente la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados, la Organización Internacional para las Migraciones y la Asociación Libanesa para Enfermedades Bacterianas, a través de:

- identificación, manejo y tratamiento de casos sospechosos y confirmados;
- seguimiento diario de casos sospechosos y confirmados registrados en territorio libanés y rastreo de contactos;
- equipamiento de los hospitales gubernamentales para recibir casos;
- seguimiento de pacientes de cólera en hospitales y eliminación de desechos líquidos utilizando métodos sanitarios adecuados;
- pruebas periódicas de agua potable y agua de uso en las regiones afectadas;
- investigación de la presencia de la bacteria del cólera en el sistema de alcantarillado del país, especialmente en las áreas que registraron la mayor tasa de infección;
- vacunación contra el cólera;
- coordinación de la respuesta al brote entre todas las partes, los ministerios pertinentes y las organizaciones internacionales;
- realización de seminarios de sensibilización en cooperación con la Cruz Roja Libanesa sobre métodos de control de enfermedades (esterilización de agua, verduras y frutas con cloro, eliminación sanitaria de desechos líquidos, etc.);
- otras actividades como proporcionar exámenes de laboratorio rápidos, sueros necesarios para el tratamiento, antibióticos, camas especiales para pacientes de cólera, etc.

Considerando que, estos esfuerzos dieron como resultado que no se registrara ningún caso confirmado de cólera desde fines de febrero de 2023, lo que significa que han pasado más de 12 semanas desde el registro del último caso confirmado en El Líbano, y ya que la Organización Mundial de la Salud recomendó anunciar el final del brote al menos cuatro semanas después del registro del último caso confirmado por laboratorio, y con base en la opinión del Comité Nacional de Enfermedades Transmisibles, el Ministerio de Salud Pública anunció el fin de la epidemia de cólera en El Líbano, a partir del 11 de junio.

El Ministerio continuará monitoreando de cerca los casos de diarrea acuosa aguda a través de la vigilancia activa, y continuará intensificando las campañas de concientización contra la diarrea aguda, en cooperación con las partes interesadas, especialmente en las áreas más susceptibles a la infección.



Funcionarios de salud en la provincia de Iloilo, en Kanlurang Kabisayaan, Filipinas, informaron 14 casos de encefalitis japonesa confirmados por laboratorio, incluidas cuatro muertes, entre el 1 de enero y el 3 de junio de este año.

Nueve de los casos pertenecen al grupo etario de 4 a 10 años, dos al de 11 a 20 años, uno al de 21 a 30 años, y uno era menor de un año.

Dos de las cuatro muertes ocurrieron en el barangay Lapayon, municipio de Leganes, una en el barangay Cabilauan de Barotac Nuevo, y la otra en el barangay Dela Peña en Barotac Viejo.

Los funcionarios de salud instaron a la población a continuar con las actividades de buscar y destruir los criaderos, observar las medidas de autoprotección, buscar una consulta temprana y aceptar la fumigación.

La jefa de la Oficina Provincial de Salud de Iloilo (IPHO), Dra. María Socorro Quiñon, dijo: “La encefalitis japonesa no tiene cura, el manejo se enfoca en aliviar los signos y síntomas clínicos y extender el apoyo para que el paciente supere la infección. Se puede prevenir mediante la vacunación, que por cierto no está disponible en la provincia de Iloilo”.

La encefalitis japonesa es la causa más importante de encefalitis viral en Asia. Anualmente se notifican unos 68.000 casos clínicos. Por lo general, ocurre en áreas rurales o agrícolas, a menudo asociado con los cultivos de arroz.

El virus de la encefalitis japonesa se transmite a los humanos a través de la picadura de mosquitos infectados del género *Culex*, en particular *Culex tritaeniorhynchus*.

La mayoría de las infecciones por el virus de la encefalitis japonesa son leves (fiebre y dolor de cabeza) o sin síntomas aparentes, pero aproximadamente 1 de cada 250 infecciones da lugar a una enfermedad grave caracterizada por una aparición rápida de fiebre alta, dolor de cabeza, rigidez de nuca, desorientación, coma, convulsiones, parálisis espástica y muerte. La tasa de letalidad puede llegar a 30% entre aquellos con síntomas de la enfermedad.

Existe una vacuna que protege contra el virus de la encefalitis japonesa.



La brucelosis es una enfermedad zoonótica mundial causada por *Brucella* spp. Su patobiología en mamíferos ha sido ampliamente estudiada debido a su importancia para la salud pública. En muchos países de la Unión Europea, la prevención, control y erradicación de la brucelosis está regulada legalmente, y se incluye la vigilancia y manejo de *B. abortus*, *B. melitensis* y *B. suis* en animales de producción y silvestres.

La brucelosis porcina es una enfermedad causada por el biovar 2 de *Brucella suis* (BSB2). Los cerdos domésticos adquieren *B. suis* a través del contacto con reservorios silvestres (liebres y jabalíes).

En Francia, se reportaron siete casos humanos de brucelosis por BSB2 entre 2004 y 2016, todos los cuales tuvieron contacto directo con jabalíes mientras cazaban o preparaban su carne para el consumo, destacando cómo esta especie podría ser un patógeno emergente en personas a través de la exposición a canales contaminadas.

En el caso de los perros, en Europa Occidental, las infecciones suelen deberse a *B. canis*, y ocurrieron solo esporádicamente con *B. melitensis*, *B. abortus* o *B. suis* en canes en estrecho contacto con ganado o animales salvajes infectados.

Los perros pueden infectarse a través del consumo, el contacto o la inhalación de secreciones contaminadas. Hasta la fecha, todos los casos notificados de infecciones en perros en los que se realizó un análisis de biovariedades de *B. suis* se refieren únicamente a las biovariedades 1 y 5.

Sin embargo, ningún estudio ha analizado sistemáticamente la circulación de la infección por *B. suis* en perros, incluidas las encuestas serológicas en países europeos, lo que sugiere que la brucelosis canina debida a esta especie de *Brucella* está potencialmente subestimada, probablemente debido a las limitaciones de un diagnóstico preciso, la falta de regulación y la baja probabilidad de infección humana.

Perros sin contacto con granjas porcinas

Ahora, un [estudio](#) realizado en Francia ha encontrado dos perros infectados con dicha variedad de *Brucella* por primera vez en el país.

El primer caso ocurrió en un border collie castrado macho de 13 años con signos clínicos de prostatitis. El urocultivo reveló la excreción de niveles significativos de *Brucella* en la muestra. El segundo caso se trataba de un pastor alemán con orquitis bilateral, en el que se pudieron detectar colonias de *Brucella* tras la esterilización.

Los métodos clásicos de biotipificación clasificaron ambas cepas aisladas como BSB2, en contraste con la esperada *B. canis*, que suele ser el agente etiológico de la brucelosis canina en Europa.

Los análisis destacaron la proximidad genética de los dos aislamientos a las cepas BSB2 originarias de la vida silvestre. No había granjas porcinas en las proximidades de la residencia de ninguno de los perros, lo que descartaba un posible contagio de cerdos infectados. No obs-

tante, los perros solían pasear por los bosques de los alrededores, donde era posible el contacto con la fauna, es decir, jabalíes o liebres, o sus excrementos.

Estos casos resaltan la importancia de adoptar un enfoque de Una Sola Salud para controlar la presencia de bacterias zoonóticas en animales salvajes y evitar contagios en animales domésticos y, potencialmente, en humanos.

Esta investigación también subraya la relevancia de las pruebas serológicas para las especies clásicas de *Brucella* en el diagnóstico en perros, ya que la brucelosis canina se relaciona con frecuencia solo con cepas de *B. canis*.



Entre febrero y mayo de 2023, los brotes de sarampión atribuidos a la continua afluencia de niños no vacunados de áreas de difícil acceso en el noreste de Nigeria se cobraron la vida de más de 50 niños. El estado de Borno fue el más afectado, registrando más de 5.000 casos sospechosos, registrando el área de gobierno local (AGL) de Jere y el Consejo Metropolitano de Maiduguri 1.644 y 1.627 casos, respectivamente, hasta fines de mayo. Hubo 917 casos sospechosos en el estado de Yobe, con nueve muertes relacionadas con complicaciones por el sarampión, y 66 casos sospechosos notificados en el estado de Adamawa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está trabajando con el Ministerio de Salud del Estado de Borno y la Agencia Estatal de Desarrollo de la Atención Primaria de la Salud para intensificar la vigilancia y la notificación del sarampión y fortalecer la gestión de casos en los establecimientos de salud. La OMS también está apoyando al gobierno estatal en la recolección y análisis de muestras para identificar y manejar los casos de sarampión.

El apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a la respuesta incluye una campaña de inmunización en siete AGL –Biu, Jere, Konduga, Mafa, Maiduguri, Ngala y Shani– donde fue alcanzado 90% de los niños menores de 5 años identificados para la vacunación contra el sarampión (405.381 niños). El UNICEF inmunizó contra el sarampión además a 171.400 niños en las zonas afectadas por el brote, incluidas Bama, Banki, Hajj, Muna y Shakori. El UNICEF también colaboró con el gobierno del estado de Borno para preposicionar 15.000 dosis adicionales de la vacuna contra el sarampión para vacunación reactiva en los puntos críticos y proporcionó vitamina A y otros suministros médicos a los centros de gestión de casos.

Las organizaciones de ayuda han ampliado las campañas de concientización sobre el sarampión en los estados de Borno, Adamawa y Yobe para educar a las comunidades sobre cómo prevenir la propagación de la enfermedad. La Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) aboga por un mayor apoyo a los desplazados internos afectados y programas intensificados de concientización y mitigación de enfermedades infecciosas.

El sarampión es una enfermedad inmunoprevenible altamente contagiosa, es necesario que una alta proporción de la población sea inmune a la enfermedad para detener su propagación.

La insurgencia en curso en el noroeste de Nigeria ha afectado la prestación de atención médica, incluidas las campañas de inmunización de rutina en los estados afectados. Además, algunas de las áreas son de difícil acceso, por lo que las inmunizaciones de rutina que salvan vidas no llegan a los niños que viven allí. La campaña de inmunización en algunas de las áreas de gobierno local afectadas del estado de Borno aumentará aún más la inmunidad colectiva y reducirá la propagación del brote.

A cientos de musulmanes de Sri Lanka que parten para el Hajj este año se les está administrando la vacuna antimeningocócica obligatoria por medios no regulados, y los médicos sospechan que la inyección se importa en el equipaje regular de los pasajeros sin garantías de respetar la cadena de frío.

La vacuna antimeningocócica es un requisito obligatorio impuesto por las autoridades saudíes a los peregrinos que realizan el Hajj en La Meca, ya que el riesgo de transmisión es alto en grandes multitudes. La meningitis es rara en Sri Lanka.

La División Hajj del Departamento de Asuntos Religiosos y Culturales Musulmanes dijo que los habitantes de Sri Lanka que partían en peregrinación obtenían la vacuna del Instituto de Investigación Médica (MRI) del Ministerio de Salud.

Pero la sección de vacunas del MRI confirmó que no había recibido suministros de vacunas contra el meningococo durante el último año. Por separado, un portavoz de GlaxoSmithKline dijo que dejó de llevar la vacuna a Sri Lanka desde hace algunos años. No hay otros importadores y no existe un registro actual de la Autoridad Reguladora Nacional de Medicamentos (NMRA) para la vacuna antimeningocócica.

Los peregrinos suelen unirse a uno de los muchos “grupos de Hajj” que organizan sus viajes. A estos grupos se les está administrando la vacuna a través de médicos del sector privado. “Al ser legos, los peregrinos no preguntan cómo se obtuvieron las ampollas ni cómo se importaron”, dijo un médico de familia.

Este médico fue abordado por unos peregrinos que le pidieron que les aplicara la vacuna. “Dijeron que tenían la vacuna y que querían que yo se la administrara”, dijo. “Me negué a hacerlo porque sabía que no estaba registrada. Había consultado con GlaxoSmithKline y me dijeron que ni el Gobierno ni el sector privado contaban con la vacuna. Además, otros de mis pacientes habían consultado con todos los hospitales privados y no la tenían. No se puede aplicar un producto que no está registrado”.

Sin embargo, hay médicos que están administrando las vacunas que se obtienen “probablemente a través de contrabandistas”. Se han detectado viales traídos de India, y no estaba claro si se había mantenido la cadena de frío según los estándares internacionales.

El director del Departamento de Asuntos Culturales y Religiosos Musulmanes, Zainul Abdeen Muhammadh Faizal, se encuentra actualmente en peregrinación en La Meca. No sabía que la vacuna no estaba disponible en el MRI o en los hospitales. Dijo que él también recibió la vacuna a través de un médico que atendía al grupo de Hajj del que era miembro. Se comprometió a investigar el asunto.

“No solo existe el riesgo de que los habitantes de Sri Lanka contraigan la enfermedad si algunas de las vacunas resultan defectuosas, sino que también existe el riesgo de que la traigan al país”, advirtió el médico. Otros profesionales de la salud indicaron que el Gobierno también tenía la responsabilidad de garantizar que la vacuna estuviera disponible, ya que los estudiantes que viajan a ciertos países también deben recibirla.

Las vacunas antimeningocócicas deben refrigerarse a temperaturas de entre 2°C y 8°C. En el transporte de vacunas, la cadena de frío suele comprobarse en el punto de fabricación, el transporte, el almacenamiento y la administración.

“La gran pregunta es quién reguló la importación de estas vacunas”, preguntó el médico. “El regulador debe hacer su trabajo. Y tenemos el deber de informar a las autoridades saudíes que no tenemos las vacunas. A la gente se le ha dado una falsa sensación de seguridad. ¿Qué pasa con las credenciales de salud internacional de Sri Lanka si se descubre que somos cómplices de la mentira de que la vacuna se obtiene en el MRI?”.

Cuando se administran las vacunas, se anota en un carné que puede emitir cada médico o instituto. No se requiere sello del gobierno. Estos certificados han sido debidamente emitidos. La cuota del Hajj de Sri Lanka este año es de 3.500 peregrinos.

La Umrah y el Hajj son peregrinaciones a La Meca, Arabia Saudí, realizadas por los musulmanes. La Umrah se puede realizar en cualquier época del año, a diferencia del Hajj. Las fechas para el Hajj de 2023 son del 26 de junio al 1 de julio. El Hajj es una peregrinación religiosa obligatoria a La Meca, que deben realizar al menos una vez en la vida todos los musulmanes adultos que sean física y económicamente capaces de emprender el viaje.

El Hajj es una de las reuniones masivas más grandes del mundo cada año y está asociado con riesgos únicos para la salud. Arabia Saudí emite sus requisitos para ingresar al país para el Hajj, que se actualizan anualmente (los requisitos del Hajj para 2023 se pueden consultar haciendo clic [aquí](#) y [aquí](#)).

Con respecto a las vacunas, los peregrinos del Hajj deben presentar un certificado de vacunación contra la meningitis con la vacuna tetravalente (ACYW135) emitido no más de tres años y no menos de diez días antes de la llegada a Arabia Saudí. Aparte del requisito para viajar a La Meca, el uso de una vacuna meningocócica es poco común en Sri Lanka, debido a la rareza de la enfermedad meningocócica invasiva en ese país.

Las vacunas antimeningocócicas tetravalentes ACWY (MenACWY) protegen contra la enfermedad meningocócica invasiva (incluidas la meningitis y la meningococemia) causada por cuatro serogrupos de meningococos: A, C, W e Y.

La cadena de frío a la que se hace referencia en la noticia es el sistema de transporte y almacenamiento de vacunas dentro del rango de temperatura seguro de 2°C a 8°C para garantizar que las vacunas sigan siendo potentes y eficaces. Si las vacunas se almacenan fuera de estas temperaturas, es probable que se pierdan su potencia y eficacia.

Sería interesante saber cómo resuelven los habitantes de Sri Lanka la falta de una vacuna tetravalente meningocócica disponible con una cadena de frío asegurada para viajar a Arabia Saudí a tiempo para el Hajj de este año.

Prevencción...



Con la llegada del invierno una institución regional italiana en Lazio, invita a vacunarse contra la influenza y las enfermedades estacionales, a través de esta campaña titulada 'Invierno sin miedo', publicada en noviembre de 2017.

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.