



21 DE FEBRERO
2025
REC 2.907

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas congénita
- Misiones: Nuevo brote confirmado de rabia pasesante en Puerto Caragatay

AMÉRICA

- Brasil: El estado de São Paulo registra ocho muertes por fiebre amarilla en 2025
- Colombia: Un brote de tos convulsa en Urrao ya dejó cuatro fallecidos en 2025

- Estados Unidos: Wyoming informó su primera infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1)
- Panamá: Los casos de fiebre de Oropouche se dispararon en Darién y Panamá Este

EL MUNDO

- Australia: Alerta sanitaria en Victoria ante el aumento de casos de fiebre Q
- Filipinas: Los casos de dengue aumentaron 40% respecto del año previo

- Ghana: Brote de meningitis en la región de Upper West
- Palestina: La escasez de agua potable favorece la propagación de las enfermedades de transmisión hídrica
- Reino Unido: Primeros casos confirmados de encefalitis transmitida por garrapatas
- República Centroafricana: Proteger a las comunidades remotas de la poliomielitis
- República Democrática del Congo: Brote de enfermedad de etiología desconocida en la provincia de Équateur
- Tailandia: Los casos de influenza se multiplicaron por doce en 15 días

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN

Patrocinador

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

Adherentes



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

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

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

En Argentina, las enfermedades de transmisión vertical prevenibles constituyen un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la resolución 2827/2022.

Durante el periodo 2019-2024, se notificó al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) un total de 8.987 casos de enfermedad de Chagas congénita.

En los últimos años, la proporción de casos confirmados sobre los casos notificados de esta enfermedad ha variado considerablemente entre las diferentes regiones de Argentina. En general, se observa una tendencia a la disminución de la proporción de confirmados a lo largo del tiempo, aunque con fluctuaciones significativas dependiendo de la jurisdicción.

En la región Centro, la proporción de confirmados comenzó en 5% en 2019, manteniéndose estable en los años siguientes (5% en 2020 y 7% en 2021). Sin embargo, a partir de 2022, se registró una disminución constante, llegando a 3% en 2023 y un leve repunte de 4% en 2024. Esto refleja una caída progresiva en la proporción de casos confirmados en relación con los casos notificados.

La región Cuyo mostró proporciones de confirmación más bajas a lo largo del período. En 2019, la proporción fue de 3%, y mantuvo una tendencia bastante estable, con pequeñas variaciones durante los años siguientes. En 2024, la proporción de confirmación se situó nuevamente en 3%, lo que indica una continuidad en las características epidemiológicas de la región, con pocos cambios en la proporción de casos confirmados. Es importante destacar que los datos de 2024 aún no están cerrados, ya que los casos siguen siendo estudiados.

Por otro lado, en el Noreste Argentino (NEA), la proporción de confirmación ha sido significativamente más alta que en otras regiones. En 2019, alcanzó a 10%, descendiendo a 8% en 2020 y a 6% en 2021. No obstante, a partir de 2022, se produjo una fuerte caída, con 2% en 2023 y una leve recuperación a 3% en 2024.

En la región Noroeste Argentino (NOA), la proporción de casos confirmados mostró una mayor estabilidad. Se mantuvo alrededor de 3% a 4% durante la mayoría del período, con algunas fluctuaciones, como el aumento a 6% en 2023, seguido de una caída a 2% en 2024. Aunque la proporción de confirmación es relativamente baja, la región mostró algunos picos que indican variabilidad en el comportamiento de los casos.

La región Sur tuvo las proporciones de confirmación más bajas, con un promedio cercano a 3-5%. A pesar de algunas variaciones, la proporción permaneció relativamente estable durante los años analizados, con una ligera tendencia al aumento en 2020 y 2021, pero regresando a valores más bajos en 2023 y 2024.

A nivel nacional, los datos muestran una disminución general de la proporción de confirmación, que comenzó en 5% en 2019, descendió a 4% en 2020 y 2021, y terminó en 3% en 2024. Este comportamiento indica que, aunque las fluctuaciones regionales son notorias, la tendencia nacional refleja una disminución en la proporción de casos confirmados sobre los notificados, lo que podría estar relacionado con mejoras en los sistemas de diagnóstico y en la gestión de los casos.

En relación a los casos confirmados, en el periodo 2019-2024 en Argentina se notificó al SNVS^{2.0} un total de 387 casos de enfermedad de Chagas congénita.

Los casos y tasas de mostraron una tendencia decreciente entre 2019 y 2023, con la excepción de la región NOA. Aunque en 2024 se observa una aparente disminución, es importante tener en cuenta que los datos de este último año aún no están consolidados, ya que el seguimiento de los casos sospechosos de enfermedad de Chagas congénita puede demorar hasta su confirmación o descarte.

Provincia/Región	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	9	0,26	5	0,18	5	0,19	8	0,32	1	0,04	1	0,04
Buenos Aires	11	0,05	11	0,06	25	0,13	14	0,08	10	0,06	14	0,09
Córdoba	1	0,02	1	0,02	5	0,11	4	0,10	4	0,10	6	0,16
Entre Ríos	1	0,05	2	0,12	3	0,18	2	0,13	—	—	—	—
Santa Fe	14	0,30	8	0,20	10	0,23	5	0,12	8	0,21	1	0,03
Centro	36	0,10	27	0,08	48	0,15	33	0,11	23	0,08	22	0,08
Mendoza	6	0,22	3	0,13	5	0,22	5	0,23	6	0,30	2	0,10
San Juan	4	0,32	1	0,09	1	0,09	1	0,10	—	—	—	—
San Luis	—	—	1	0,17	1	0,17	—	—	—	—	2	0,40
Cuyo	10	0,21	5	0,12	7	0,17	6	0,16	6	0,17	4	0,11
Corrientes	2	0,11	1	0,06	1	0,06	1	0,07	2	0,14	1	0,07
Chaco	11	0,50	9	0,49	6	0,32	8	0,44	2	0,12	2	0,12
Formosa	9	0,88	8	0,87	4	0,45	3	0,35	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—	1	0,05	1	0,05	—	—	—	—
Noreste Argentino	22	0,30	18	0,28	12	0,19	13	0,21	4	0,07	3	0,05
Catamarca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jujuy	3	0,29	—	—	—	—	1	0,13	2	0,27	—	—
La Rioja	—	—	—	—	1	0,00	—	—	—	—	—	—
Salta	8	0,35	9	0,50	5	0,25	11	0,59	11	0,65	5	0,29
Santiago del Estero	—	—	1	0,07	1	0,07	—	—	2	0,17	—	—
Tucumán	3	0,12	—	—	1	0,05	—	—	5	0,27	2	0,11
Noroeste Argentino	14	0,16	10	0,14	8	0,11	12	0,18	20	0,32	7	0,11
Chubut	1	0,13	—	—	—	—	—	—	2	0,37	1	0,18
La Pampa	1	0,23	1	0,27	—	—	1	0,29	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—	1	0,13	—	—	—	—	1	0,15
Río Negro	—	—	1	0,12	—	—	1	0,12	1	0,14	1	0,14
Santa Cruz	—	—	—	—	1	0,28	—	—	1	0,32	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	1	0,57	1	0,65	—	—	—	—
Sur	2	0,05	2	0,06	3	0,10	3	0,10	4	0,15	3	0,11
Total Argentina	84	0,13	62	0,12	78	0,15	67	0,14	57	0,12	39	0,08

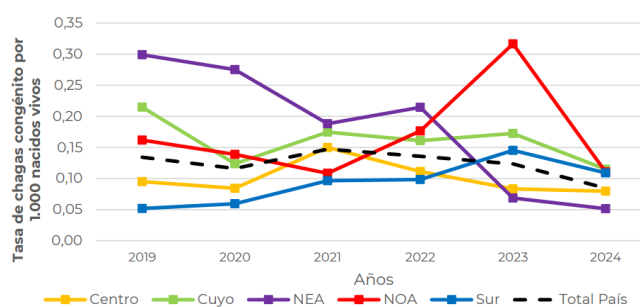
Casos y tasas cada 1.000 nacidos vivos de enfermedad de Chagas congénita. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Área de Análisis de Información e Investigación, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n=387).

A nivel nacional, la tasa de enfermedad de Chagas congénita se mantuvo relativamente estable entre 2019 y 2023, con valores cercanos a 0,12-0,15 casos cada 1.000 nacidos vivos, con un descenso en 2024 (0,08 casos cada 1.000 nacidos vivos).

La región NEA presentó las tasas más elevadas en los primeros años del período analizado, alcanzando un máximo de 0,30 casos cada 1.000 nacidos vivos en 2019. Sin embargo, mostró una tendencia decreciente, con una baja sostenida desde 2020 hasta 2024, cuando registró el valor más bajo del período (0,05 casos cada 1.000 nacidos vivos). La tasa en la región NEA mostró una reducción de 83% entre 2019 y 2024, lo que sugiere una disminución sostenida en la

transmisión, posiblemente asociada a mejoras en la prevención, el control de vectores o cambios en la notificación de casos.

En contraste, la región NOA mostró una evolución más inestable. Luego de una disminución entre 2019 y 2021 (de 0,16 a 0,11 casos cada 1.000 nacidos vivos), la tasa volvió a aumentar en 2022 (0,18 casos cada 1.000 nacidos vivos) y alcanzó su pico en 2023 con 0,32 casos cada 1.000 nacidos vivos, para luego descender significativamente a 0,11 en 2024.



Tasas de enfermedad de Chagas congénita cada 1.000 nacidos vivos según región. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Área de Análisis de Información e Investigación, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (n= 378).

La región Cuyo presentó tasas intermedias y más estables. En 2019 comenzó con 0,21 casos cada 1.000 nacidos vivos y descendió en 2020 (0,12 casos cada 1.000 nacidos vivos), con pequeñas fluctuaciones en los años siguientes, estabilizándose en 0,17 en 2023 y disminuyendo a 0,11 en 2024.

Por su parte, la región Centro mantuvo valores bajos a lo largo del período, con una ligera variabilidad. Tras un mínimo de 0,08 casos cada 1.000 nacidos vivos en 2020, experimentó un leve aumento en 2021 (0,15 casos cada 1.000 nacidos vivos), pero volvió a descender a 0,08 en 2023 y 2024.

Finalmente, la región Sur es la que presentó las tasas más bajas en la mayoría de los años. No obstante, se observó un leve incremento desde 2019 (0,05 casos cada 1.000 nacidos vivos) hasta 2023 (0,15), antes de disminuir nuevamente a 0,11 en 2024.

A nivel general, la mayoría de las regiones mostraron una tendencia a la baja en 2024, lo que se reflejó en la disminución de la tasa nacional. Sin embargo, el comportamiento del NOA fue atípico, con un pico en 2023, lo que podría indicar una mejora en la detección y el registro de casos, cambios en las estrategias de vigilancia epidemiológica o un aumento en la exposición de la población vulnerable.

A nivel nacional, la pérdida de seguimiento de los casos de enfermedad de Chagas congénita se mantuvo elevada a lo largo del período analizado, con valores que oscilaron entre 66% en 2021 y 78% en 2023. Aunque en 2021 se registró la menor proporción de pérdida de seguimiento (66%), en los años siguientes se observó un aumento progresivo, lo que indica dificultades persistentes en la finalización del seguimiento de los casos.

Por regiones, se identifican diferencias significativas. Cuyo y NEA presentaron los valores más altos de pérdida de seguimiento en todo el período, con cifras que alcanzaron a 94% y 96% en 2023, respectivamente. Estos niveles sugieren importantes desafíos en la continuidad del seguimiento de los casos, lo que puede estar relacionado con dificultades en el acceso a la atención o limitaciones en los sistemas de registro y monitoreo.

En el NOA, si bien se observó una leve disminución en 2021 (85%), la pérdida de seguimiento volvió a aumentar en los años siguientes, situándose en 93% en 2023. Esto evidencia la persistencia de dificultades para garantizar la finalización del seguimiento en esta región.

Por otro lado, Centro y Sur presentaron los valores más bajos de pérdida de seguimiento en comparación con el resto del país. En la región Centro, la pérdida varió entre 49% en 2021 y 63% en 2023, mientras que, en la región Sur, a pesar de registrar valores más bajos en los primeros años del período, a partir de 2022 se observó un incremento que se mantuvo en 66% en 2023.

A pesar de la reducción ocasional en algunos años, la pérdida de seguimiento siguió siendo un problema significativo en todas las regiones, con particular gravedad en Cuyo, NEA y NOA, donde más de 90% de los casos no lograron completarlo en los últimos años.

Del total de casos notificados confirmados en 2024 (39), 18 casos (46%) contaban con registro de tratamiento, tres casos (8%) presentaban signos y síntomas documentados, y ocho casos (21%) tenían un diagnóstico referido.

La enfermedad de Chagas o tripanosomosis americana es una infección causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*, el cual puede transmitirse a las personas por diferentes vías. En Argentina, las principales son la vertical y la vectorial, siendo infrecuentes la transmisión por vía transfusional, oral, por trasplantes de órganos y por accidentes de laboratorio.

La infección por *T. cruzi* puede presentar síntomas o cursar de manera asintomática. Luego de la fase aguda, evoluciona a una fase crónica dentro de la cual 30% de las personas infectadas desarrollan enfermedad cardíaca, trastornos del sistema digestivo (esófago o colon) o del sistema nervioso. El diagnóstico se realiza por métodos directos durante la infección aguda o mediante la detección de anticuerpos –por dos técnicas serológicas de diferente principio– durante la etapa de infección crónica.

La enfermedad de Chagas, considerada un problema relevante de salud pública, dispone de medidas eficaces para su prevención, diagnóstico, tratamiento y control. El desafío es la organización integral de la respuesta para minimizar el impacto en la salud de la población.

El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó, mediante análisis de laboratorio, un nuevo caso positivo de rabia paresiante en un bovino en un establecimiento productivo ubicado en la localidad de Puerto Caraguatay, San Vicente, Misiones.

Ante esta situación, se activó el protocolo sanitario para el control de la enfermedad, implementando las siguientes medidas: vacunación de todas las especies susceptibles (bovinos, equinos, caprinos, porcinos y ovinos) en el establecimiento afectado y en un radio de 10 km alrededor del brote; y la interdicción del establecimiento afectado y todas las unidades productivas dentro del mismo.



La vacunación debe ser realizada por el productor utilizando vacunas aprobadas por el organismo sanitario. El esquema de vacunación en caso de primovacunados, una primera dosis, seguida de una segunda aplicación entre los 30 y 60 días posteriores. Luego, se requiere una revacunación anual del ganado.

Se recomienda registrar la vacunación ante el SENASA, disponer adecuadamente de los cadáveres de animales, ya sea mediante entierro o incineración, no delegar a terceros la toma de muestras; solo los veterinarios están autorizados para extraer y enviar material para diagnóstico e informar sobre posibles refugios de vampiros. De ser confirmados, estos serán georreferenciados y comunicados al Programa Nacional de Rabia.

La rabia paresiante es una zoonosis mortal, por tanto, puede transmitirse de los animales a las personas. Se aconseja a la población evitar el contacto con animales muertos o que presenten signos clínicos compatibles con la enfermedad. Es fundamental la colaboración de todos los actores involucrados para prevenir la propagación de esta enfermedad y proteger la salud pública.

En caso de observar animales muertos o que presenten signos clínicos compatibles con rabia paresiante, es fundamental dar aviso al Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria para su respuesta inmediata y atención de la sospecha. Cualquier persona puede notificar al organismo en:

- la oficina más cercana, por teléfono o personalmente;
- por WhatsApp: (11) 5700-5704;
- por correo electrónico: notificaciones@senasa.gob.ar; o
- a través del formulario [Avisá al Senasa](#).

FOLHA DE S. PAULO
★ ★ ★

BRASIL

EL ESTADO DE SÃO PAULO REGISTRA OCHO
MUERTES POR FIEBRE AMARILLA EN 2025

17/02/2025

El estado de São Paulo registra ya ocho muertes por [fiebre amarilla](#) en lo que va del año 2025. Las muertes ocurrieron en Socorro (2 muertes), [Amparo](#) (1), Bragança Paulista (1, que contrajo la enfermedad en Joanópolis), Brotas (1), Campinas (1), Santo André (1, que contrajo la enfermedad en Tuiuti) y Valinhos (1).

Las víctimas tenían entre 21 y 71 años. Ninguno de ellos se había aplicado la vacuna, que es la forma más eficaz de prevención.



Según Tatiana Lang D'Agostini, directora del Centro de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo, quien nunca se vacunó contra la fiebre amarilla debe inmunizarse ahora, antes del Carnaval. La vacuna está disponible en todas las Unidades Básicas de Salud de los 645 municipios del estado.

Este año se confirmaron en São Paulo 11 casos autóctonos de [fiebre amarilla](#) en humanos y un caso importado, en el que la persona infectada era proveniente de Minas Gerais.

De estos 12 casos, tres son mujeres y nueve son hombres. Siete tienen entre 20 y 40 años y cinco entre 55 y 75 años.

Desde el año pasado, se confirmó que 30 [monos de las regiones de Ribeirão Preto](#), Campinas, Barretos y Osasco dieron positivo para la enfermedad.

El ciclo de la enfermedad es actualmente selvático, con transmisión a través de mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*. Además de vacunarse, se recomienda a quienes visiten parques y otras áreas boscosas los fines de semana y días festivos que utilicen repelente.

“Las personas no vacunadas que van a zonas boscosas a hacer excursiones o paseos, o que viven en zonas boscosas y granjas, corren el riesgo de contraer la fiebre amarilla salvaje”, reforzó Regiane Aparecida Cardoso de Paula, responsable de la Coordinación de Lucha contra las Enfermedades de la secretaría.

Los monos no transmiten la fiebre amarilla, también son víctimas de la enfermedad. “No maltraten a los animales. Si encuentran un mono muerto, llamen a vigilancia de la salud del municipio o al departamento de zoonosis para que recojan al animal y le realicen todos los exámenes”, enfatizó la especialista.

Las autoridades del municipio de Urrao, departamento de Antioquia, dieron un parte actualizado del brote de tos convulsa que tiene desde finales del año pasado en máxima alerta a los organismos de salud del departamento.

De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud de Urrao, el saldo de víctimas fatales por esa enfermedad ya asciende a cuatro en lo que va de este año.

Por esta razón, el gobierno local, la Secretaría de Salud de Antioquia y el hospital municipal anunciaron que están extremando los controles para vacunar al mayor número posible de niños de las comunidades indígenas, población que se está llevando la peor parte del brote.

Néstor Aicardo Aguirre Aguirre, secretario de Salud de Urrao, recordó que el municipio cuenta con 31 comunidades divididas en tres resguardos, sobre los que se ha desplegado por lo menos ocho equipos de salud que vienen realizando labores de prevención y vacunación.

“Los niños indígenas tienen dificultades con los esquemas de vacunación, porque son comunidades muy distantes: entre una y otra puede haber entre una y seis horas de distancia. Para llegar a ellas se necesitan un día o dos de camino, de acuerdo a las condiciones climáticas y a los medios en los que se mueven”, señaló el funcionario, precisando que además de las distancias, la llegada de los especialistas médicos a las comunidades se ve obstaculizada por la compleja geografía del territorio, llena de montañas y ríos difíciles de cruzar.

A raíz de la movilidad de las comunidades indígenas, el secretario señaló que se ha dificultado el trabajo de vacunación.

“Se hacen las brigadas, acude personal, pero también sumamos a esto que algunos de ellos no tienen interés en esa vacunación. Se ha venido haciendo un trabajo con líderes desde el año pasado, buscando que se acceda a estos servicios, que ellos cada vez se comprometan más con la vacunación”, agregó Aguirre Aguirre.

Por su parte, la Secretaría de Salud de Antioquia señaló que gracias a las brigadas realizadas desde diciembre pasado ya se ha logrado vacunar a más de 300 personas y hacer un cerco epidemiológico que ha logrado disminuir la propagación de esa enfermedad respiratoria.

No obstante, la dependencia señaló que se siguen reportando nuevos casos, sobre todo en la comunidad de Majoré.

“La propagación de la enfermedad ha disminuido gracias a las acciones de prevención y control, pero la movilidad y migración constante de los indígenas no ha permitido hacer el cierre de la tos convulsa en la zona, ya que se han reportado casos en otra zona rural de Urrao cono-



cida como Majoré. A comienzos de febrero se presentaron tres decesos de menores en la comunidad, cuyas causas se están investigando, lo cual motivó al nuevo desplazamiento de un equipo interdisciplinar para continuar las investigaciones y realizar acciones de contención”, reseñó la dependencia en un comunicado.

La Seccional de Salud aprovechó para reiterar su llamado a las comunidades a vacunarse, sobre todo en el caso de los menores de 5 años, recordando que en el municipio hay existencias de vacunas para todos.

Entre tanto, desde el hospital municipal, la enfermera asistencial Mónica Hernández, recordó que el personal médico está alerta a cualquier caso y listo para cumplir con los protocolos en conjunto con la Gobernación y la Entidad Prestadora de Salud Savia Salud, que incluyen hasta traslados helicoportados para los casos más graves.

“El hospital, en conjunto con la alcaldía, la gobernación y Savia Salud, que es la que tiene la mayor cobertura en selva, hemos afianzado algunos procesos para entrar a las comunidades selváticas, tanto al resguardo Valle de Pérdidas, resguardo de Andabú, Majoré y comunidades aledañas, para evaluar los casos de los menores que se han venido presentando con el brote actual de tos convulsa. Nuestro personal está atento a cualquier eventualidad que se presente con el brote, para remitir adecuadamente a los pacientes”, dijo la enfermera.

Una mujer del condado de Platte se convirtió en el primer caso de influenza aviar A(H5N1) de Wyoming y el cuarto estadounidense hospitalizado por el virus, confirmó el Departamento de Salud de Wyoming (WDH) a fines de la semana pasada.

La mujer infectada está hospitalizada en otro estado, es mayor, tiene afecciones médicas subyacentes y probablemente estuvo expuesta al virus A(H5N1) a través del contacto con su bandada de aves de corral infectadas.



“Se sabe que el virus A(H5N1) está infectando a las aves silvestres en Wyoming desde hace algún tiempo y el que circula actualmente se está propagando a nivel nacional desde 2022”, dijo el WDH en un [comunicado de prensa](#). “También se han producido infecciones entre las aves de corral y el ganado lechero anteriormente en Wyoming”.

En Estados Unidos, durante el último año, un total de 70 personas se infectó con el virus A(H5N1), la mayoría de las cuales estuvieron en contacto con aves de corral o ganado enfermo. La mayoría de los casos fueron leves, aunque un paciente falleció en Louisiana.

“Si bien este es un avance significativo ya que se monitorea la actividad de la influenza aviar en Wyoming y en todo el país, no es algo que requiera un alto nivel de preocupación entre la mayoría de los residentes de Wyoming”, dijo Alexia Harrist, funcionaria de salud estatal y epidemióloga del WDH.

“No se ha documentado ninguna transmisión del virus A(H5N1) de persona a persona, y las autoridades han hecho un seguimiento de las personas expuestas a la paciente y a la bandada de aves”, dijo Harrist. “Los expertos siguen rastreando la propagación del virus A(H5N1) a través de aves silvestres, aves de corral y ganado lechero en todo el país”, dijo. “Un pequeño número de personas también se han infectado. Lamentablemente, la experiencia de este paciente ha sido mucho más grave”.

Desaconsejó comer carne o huevos crudos o poco cocidos, manipular aves silvestres o domésticas enfermas y consumir leche o productos lácteos no pasteurizados.

La circulación actual de la influenza A(H5N1) en Estados Unidos suscitó la preocupación de que se produzca una pandemia causada por la influenza aviar altamente patógena. Aunque Estados Unidos ha almacenado y está preparado para producir millones de dosis de vacunas para hacer frente a una pandemia de influenza A(H5N1), los virus que circulan actualmente contienen múltiples mutaciones en el dominio principal inmunodominante de la hemaglutinina (HA) en comparación con los antígenos utilizados en las vacunas almacenadas. No está claro si será necesario actualizar estas vacunas almacenadas para que coincidan con las cepas contemporáneas del virus de la influenza aviar A(H5N1).

El Ministerio de Salud de Panamá, a través del Departamento de Epidemiología, informó que hasta la semana epidemiológica 6 de 2025 se confirmaron 153 casos de fiebre de Oropouche en Darién y Panamá Este.

Blas Guillermo Armién Medianero, jefe del departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, explicó que, de estos 153 casos, 151 se han detectado en Darién y dos en el corregimiento de Tortí de Chepo.

Armién Medianero indicó que el Ministerio de Salud ha redoblado la vigilancia epidemiológica y recomendó a la población usar repelente contra insectos; mosquiteros y ropa que cubra los brazos y piernas; eliminar la maleza y el agua estancada.

Los síntomas de la fiebre de Oropouche son similares a los del dengue y suelen manifestarse entre tres y ocho días después de la picadura del insecto infectado. Incluyen fiebre alta, dolor de cabeza (a menudo detrás de los ojos), dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, escalofríos y malestar general.

La fiebre de Oropouche es una infección causada por la picadura del jején *Culicoides paraensis* y mosquitos del género *Culex*, que habitan en áreas selváticas.

Actualmente no existen vacunas ni tratamientos antivirales específicos para la fiebre de Oropouche. El manejo de la enfermedad es sintomático, centrado en aliviar el dolor y rehidratar al paciente.

A la fecha, en Panamá no se registra defunciones por fiebre de Oropouche.

El Ministerio de Salud reforzó las estrategias en respuestas a esta situación epidemiológica a través de la Dirección General de Salud Pública, bajo la Resolución N° 0098 del 31 de enero de 2025, por medio de la cual se giraron instrucciones a la Región de Salud de Darién para coordinar las acciones necesarias para monitorear, contener e implementar las estrategias para contener la propagación del brote de fiebre de Oropouche.



AUSTRALIA

ALERTA SANITARIA EN VICTORIA ANTE EL AUMENTO DE CASOS DE FIEBRE Q

04/02/2025

Un aumento de casos de fiebre Q en Victoria, que llegó a duplicar la incidencia anual de los últimos cinco años, motivó una [alerta sanitaria](#) por parte del director de salud del estado, Dr. Tarun Weeramanthri.

La alerta del 4 de febrero informó que los casos de fiebre Q en Victoria están aumentando, con 77 casos notificados el año pasado, un aumento significativo en comparación con los cinco años anteriores.



Se notificaron cinco brotes de fiebre Q en Victoria en 2024, todos entre agosto y diciembre.

La fiebre Q es una enfermedad causada por la infección por la bacteria *Coxiella burnetii*. Se transmite principalmente a los humanos a través del ganado vacuno, ovino y caprino, pero también puede transmitirse a través de otros animales domésticos y salvajes, como canguros, camellos, roedores, gatos, perros, pájaros y ualabíes. La bacteria puede permanecer en el ambiente durante largos períodos de tiempo y sobrevivir a la desinfección y a condiciones adversas. Esto significa que el polvo, el heno y otras partículas pequeñas también pueden transportar la bacteria.

Cualquier persona que trabaje con animales está potencialmente en riesgo de contraer la enfermedad.

Victoria no había registrado tantos casos de fiebre Q como los de 2024 desde principios de la década de 2000. A modo de comparación, durante los cuatro o cinco años previos se notificaron alrededor de 30 casos anuales en el estado. Los casos de 2024 fueron inusualmente altos.

Se detectaron cinco conglomerados de casos de fiebre Q en grupos ocupacionales en 2024, y Gippsland ha estado representado de manera desproporcionada.

La Unidad de Salud Pública de Gippsland en el Hospital Regional de Latrobe informó un número elevado y constante de casos de fiebre Q durante los últimos 10 años en comparación con el resto del estado. En 2023, Gippsland tuvo la mayor proporción de casos de fiebre Q en Victoria (34,4% del total), mientras que representa solo 4,6% de la población de Victoria.

El aumento de casos en todo el estado motivó la emisión de la alerta sanitaria para informar a la población, en particular en las industrias agrícolas. El año pasado hubo escasez de vacunas contra la fiebre Q, pero este aspecto se habría solucionado.

No se ha detectado una causa definitiva para este aumento de casos de fiebre Q en 2024. Existe más conciencia sobre la enfermedad y se dispone de mejores pruebas, por lo que esas podrían ser algunas de las razones. Pero también es posible que haya una mayor interacción y un mayor trabajo en estas industrias específicas.

Los cinco brotes o conglomerados de casos se produjeron en industrias específicas, incluidos trabajadores de mataderos en contacto intenso con productos animales. La fiebre Q generalmente comienza en un entorno ocupacional de alto riesgo.

Pero también el contagio puede ocurrir a través de la cadena, por ejemplo, de la producción agrícola, porque esta enfermedad se puede transmitir no solo por contacto directo con los animales sino también por aerosoles.

Coxiella burnetii puede permanecer vivo en el ambiente y transmitirse a distancia. Incluso las familias de los trabajadores pueden infectarse si llevan su ropa a su hogar y la lavan.

A pesar de los mejores esfuerzos de los empleadores, aún es posible contraer la enfermedad en el lugar de trabajo, por lo que se debe mantener la vigilancia en términos de buenas prácticas en los lugares de trabajo.

También existe una vacuna eficaz y su escasez se ha solucionado, por lo que se recomienda participar en los programas de detección en los lugares de trabajo y vacunarse si está indicado.

La fiebre Q, a menudo adquirida por exposición cercana a animales, es infecciosa con un inóculo muy bajo y puede aerosolizarse a una distancia significativa. *Coxiella burnetii*, el agente causal, fue descubierto en 1937. Este organismo es resistente al calor y la desecación y es altamente infeccioso por vía de aerosol. Un solo organismo inhalado puede producir la enfermedad clínica. De hecho, en primates no humanos, se encontró que la dosis para matar a 50% de los primates es de 1,7 organismos.

El ganado vacuno, las ovejas y las cabras son los principales reservorios de *C. burnetii*. Se observó infección en una amplia variedad de otros animales, incluidas otras especies de ganado y mascotas domésticas. *C. burnetii* no suele causar enfermedad clínica en estos animales, aunque el aborto en cabras y ovejas se ha relacionado con la infección por *C. burnetii*. Los organismos se excretan en la leche, la orina y las heces de los animales infectados. Lo más importante es que durante el parto, los organismos se eliminan en grandes cantidades en los líquidos amnióticos y la placenta. Se sabe que el contacto con lana contaminada es un modo de transmisión.

Los organismos pueden ser resistentes al calor, la desecación y muchos desinfectantes comunes. Estas características permiten que las bacterias sobrevivan durante largos períodos en el ambiente. Esta forma muy estable de *C. burnetii* se asocia con variantes de células pequeñas compactas metabólicamente latentes y similares a esporas del organismo que se producen durante la replicación estándar junto con la forma de células grandes menos resistente.

La infección de los seres humanos suele producirse por inhalación de estos organismos del aire que contiene polvo de corral contaminado por material placentario seco, fluidos de parto y excrementos de animales de manada infectados. Los seres humanos suelen ser muy susceptibles a la enfermedad y pueden ser necesarios muy pocos organismos para causar la infección.

El consumo de leche contaminada, seguida de regurgitación e inspiración del alimento contaminado, es un modo de transmisión menos común. Otros modos de transmisión a los seres humanos, incluidas las picaduras de garrapatas y la transmisión de persona a persona, son poco frecuentes.

El Departamento de Salud de Filipinas informó el 14 de febrero una tendencia ascendente en los casos de dengue en 2025 en el país, con más de 28.000 casos registrados hasta el 1 de febrero.

El Departamento de Salud dijo que los 28.234 casos representan un aumento de 40% respecto del año anterior.

Esto refleja un aumento de 8% del 5 al 18 de enero, con 15.088 casos, en comparación con los 13.980 casos reportados en el período del 22 de diciembre de 2024 al 4 de enero de 2025.



Sin embargo, se registró una disminución en la tasa de letalidad, que fue de 0,35% al 1 de febrero, en comparación con el 0,42% del mismo período del año pasado.

El Departamento de Salud recordó a la población procurar la consulta temprana, buscar y destruir los sitios de reproducción de mosquitos, usar autoprotección aplicando repelentes y usar mangas y pantalones largos cuando sea posible, y apoyar la fumigación en áreas críticas.

La mortalidad por dengue puede reducirse a casi cero mediante la implementación de un manejo clínico oportuno y apropiado que incluya un diagnóstico clínico y de laboratorio temprano, rehidratación oral e intravenosa, capacitación del personal y reorganización de los servicios de salud. Un resultado clínico exitoso requiere un manejo temprano y efectivo de los casos proporcionado por una evaluación clínica de la hidratación y el reconocimiento de condiciones comórbidas, un diagnóstico diferencial preciso, respaldado por una evaluación/confirmación rápida de laboratorio y una respuesta temprana a la enfermedad grave. Los datos de incidencia clínica son fundamentales para movilizar el control de brotes.

La clave es el reconocimiento y la comprensión tempranos de los problemas clínicos durante las diferentes fases, especialmente para el tratamiento de la deshidratación y la pérdida de plasma con rehidratación oral o intravenosa. Para la mortalidad por dengue, las investigaciones (incluidas las autopsias) y las auditorías clínicas son necesarias para establecer la causa primaria de muerte, cuyos resultados deben retroalimentar el sistema de atención de salud para lograr la prestación de atención de alta calidad.

La urbanización (especialmente la no planificada) está asociada con la transmisión del dengue a través de múltiples factores sociales y ambientales: densidad de población, movilidad humana, acceso a fuentes de agua confiables, prácticas de almacenamiento de agua, etc.

Los riesgos del dengue para la comunidad también dependen del conocimiento, la actitud y la práctica de una población hacia el dengue, ya que la exposición está estrechamente relacionada con comportamientos como el almacenamiento de agua, el cuidado de las plantas y la autoprotección contra las picaduras de mosquitos. Las actividades rutinarias de vigilancia y control de vectores que involucran a la comunidad mejoran en gran medida la resiliencia de una comunidad.

Los vectores pueden adaptarse a nuevos entornos y climas. La interacción entre el virus Dengue, el huésped y el ambiente es dinámica. En consecuencia, los riesgos de enfermedades pueden cambiar y desplazarse con el cambio climático en las zonas tropicales y subtropicales, en combinación con el aumento de la urbanización y el movimiento de poblaciones.

También cabe señalar que a la luz de los recientes brotes de infección por el virus Dengue y la transmisión en curso en múltiples regiones donde están presentes los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, la Organización Mundial de la Salud recopiló información para viajeros relacionada con el riesgo de transmisión y cómo protegerse de la infección.

Algunas ciudades de la región de Upper West están lidiando con un brote de meningitis que empeora, con 1.029 casos sospechosos, 22 casos confirmados y 18 muertes registradas. Actualmente, 29 personas se encuentran hospitalizadas con síntomas de la enfermedad, tres de ellas en estado crítico. A pesar de los esfuerzos de los trabajadores de la salud, el número de casos continúa aumentando semanalmente.

El Dr. Damien Punguyire, Director Regional de Salud de Upper West, atribuyó las muertes a la demora en la notificación a los centros de salud.

Dijo que la región generalmente experimenta un aumento en los casos de meningitis durante la estación seca como resultado del clima cálido y ventoso.

Punguyire añadió que febrero y marzo suelen ser los meses en los que se registra un aumento de casos en la región. Sin embargo, afirmó que este año los casos de meningitis comenzaron antes, lo que hace parecer que hubo un brote.

Esto pone de relieve la necesidad de una mayor concienciación y de una pronta atención médica.

En respuesta a la crisis, el presidente del Parlamento, Alban Kingsford Sumana Bagbin, visitó la región el 16 de febrero para evaluar la situación y brindar apoyo, además de donar consumibles médicos a la Dirección Regional de Salud a través del Ministro Regional.

Según el presidente, la donación supone un importante impulso a los esfuerzos de la Dirección Regional de Salud para combatir el brote.

El Servicio de Salud de Ghana también instó a los residentes a mantener prácticas de higiene para prevenir la propagación de la enfermedad.

Mientras tanto, Charles Lwanga Pouzine, Ministro Regional de Upper West, dijo que está trabajando con otros socios para garantizar que la región salga de esta situación.

La reanudación de la entrega de ayuda a Gaza, incluido el suministro de combustible para abastecer de agua potable y saneamiento a las instalaciones que no habían sufrido daños, así como el transporte por agua, ha mejorado la cantidad de agua disponible para la población en algunas partes de Gaza. Pero el panorama sigue siendo extremadamente sombrío y peligrosamente crítico, especialmente en el norte de Gaza y en Rafah, advirtió Oxfam.



Imagen tomada por un dron del norte de Gaza.

Quince meses de ataques militares israelíes han destruido 1.675 kilómetros de redes de agua y saneamiento. En el norte de Gaza y en Rafah, donde la destrucción es más grave, la población dispone de menos de 7% de los niveles de agua anteriores al conflicto, lo que aumenta la propagación de las enfermedades de transmisión hídrica.

Mientras las negociaciones de alto el fuego penden de un hilo, la reanudación de los ataques u otras interrupciones del suministro de combustible o la ayuda ya insuficiente corren el riesgo de desencadenar un desastre de salud pública a gran escala.

“Ahora que las bombas han dejado de caer, apenas hemos empezado a comprender el alcance de la destrucción de la infraestructura de agua y saneamiento de Gaza. La mayoría de las vitales redes de agua y saneamiento se han perdido por completo o están paralizadas, lo que ha creado unas condiciones catastróficas de higiene y salud. Nuestro personal y nuestros socios nos han contado cómo la gente les detiene en las calles para pedirles agua, y que los padres no beben para ahorrar agua para sus hijos. Es desgarrador saber que los niños tienen que caminar varios kilómetros para conseguir una sola lata de agua”, dijo Clémence Lagouardat, coordinadora humanitaria de Oxfam en Gaza.

En el norte de Gaza, el ejército israelí destruyó casi todos los pozos de agua. Más de 700.000 personas regresaron y encontraron barrios enteros arrasados. Para los pocos que aún tienen casas, el agua es inexistente, ya que los tanques de almacenamiento en los techos fueron destruidos.

En Rafah, más de 90% de los pozos y embalses de agua han sido parcial o totalmente dañados, y la producción de agua es inferior al 5% de su capacidad anterior al conflicto. Actualmente, sólo dos de los 35 pozos están en funcionamiento.

A pesar de los esfuerzos por reanudar la producción de agua desde el alto el fuego, la destrucción de las tuberías de agua de Gaza significa que 60% del agua se filtra al suelo en lugar de llegar a la población.

La evaluación inicial de Oxfam y sus socios tras el alto el fuego muestra que:

- Más de 80% de la infraestructura de agua y saneamiento en toda la Franja de Gaza ha sido destruida parcial o totalmente, incluidas las seis principales plantas de tratamiento de aguas residuales.
- El 85% de las estaciones de bombeo de aguas residuales (73 de 84) y sus redes han sido destruidas. Algunas han sido reparadas, pero necesitan combustible de emergencia para funcionar.
- El 85% de las pequeñas plantas de desalinización (85 de 103) han sido parcialmente dañadas o completamente destruidas.
- El 67% de los 368 pozos públicos han sido destruidos. La mayoría de los pequeños pozos privados están fuera de servicio debido a la falta de combustible o generadores.

La escasez de agua potable, combinada con el desbordamiento de las aguas residuales sin tratar en las calles, desencadenó una explosión de enfermedades e infecciones de transmisión hídrica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 88% de las muestras ambientales analizadas en Gaza estaban contaminadas con el poliovirus, lo que indica un riesgo inminente de brote. Las enfermedades infecciosas, incluidas la diarrea acuosa aguda y las infecciones respiratorias –que son actualmente las principales causas de muerte– también están aumentando, con 46.000 casos notificados por semana, en su mayoría niños.

La varicela y otras enfermedades de la piel, como la sarna, también se están propagando rápidamente, especialmente entre las personas desplazadas en el norte de Gaza, donde la escasez de agua es más grave.

Al mismo tiempo, más de 2.000 toneladas de basura se han acumulado en las calles, después de más de 15 meses sin recolección ni transporte de residuos. Esta combinación tóxica de alcantarillas abiertas, basura no recogida y agua contaminada está creando una tormenta perfecta para un brote de enfermedades mortales.

“A pesar del aumento de la ayuda desde el alto el fuego, Israel sigue impidiendo en gran medida el ingreso de artículos críticos necesarios para empezar a reparar los enormes daños estructurales causados por los ataques aéreos israelíes. Esto incluye tuberías que se necesitan con urgencia para reparar las redes de agua y saneamiento, y equipos como generadores para alimentar los pozos”, refirió Clémence Lagouardat.

El envío de 85 toneladas de tuberías, accesorios y cisternas de agua de Oxfam, por un valor de más de 480.000 dólares, ha estado retenido durante más de seis meses porque se consideró que podría haber sido objeto de apropiación indebida y que su tamaño era demasiado grande para ingresar al país. Las autoridades israelíes finalmente aprobaron el envío esta semana, pero aún no se le ha permitido el ingreso.

“Cientos de miles de desplazados en la Franja de Gaza se han visto obligados a cavar pozos ciegos improvisados junto a sus tiendas de campaña, lo que supone el vertido diario de unos 130.000 metros cúbicos (el equivalente a 52 piscinas olímpicas) de aguas residuales sin tratar, que contaminan el mar Mediterráneo y las únicas aguas subterráneas a las que tiene acceso Gaza”, comentó Lagouardat.

“La reconstrucción de las infraestructuras de agua y saneamiento es crucial para que Gaza vuelva a la normalidad tras 15 meses de terror. El alto el fuego debe mantenerse y el combustible y la ayuda deben fluir para que los palestinos puedan reconstruir sus vidas. La paz duradera para palestinos e israelíes sólo puede lograrse mediante un alto el fuego permanente y una solución justa”, agregó.

Según la Empresa de Servicios de Agua de los Municipios Costeros (CMWU), a febrero de 2025, un total de 1.675 kilómetros de los 4.800 de la red de agua y saneamiento de Gaza fueron destruidos parcial o totalmente desde octubre de 2023. Esto incluye 350 kilómetros en el norte de Gaza, 495 kilómetros en la ciudad de Gaza, 240 kilómetros en la zona central, 350 kilómetros en Khan Younis y 240 kilómetros en Rafah.

Se han destruido aproximadamente 1.035 km de líneas de agua y saneamiento. Los datos sobre la destrucción del agua y el saneamiento se basan en el Informe de evaluación rápida de daños de la CMWU, a enero de 2025.

Los datos sobre el costo de la reparación de la infraestructura se basan en el informe de la Unidad de planificación e inversión del municipio de Gaza a 31 de diciembre de 2024.

Según el informe de Oxfam [Water War Crimes](#), la población de Gaza tenía acceso a 82,7 litros por persona por día antes del 7 de octubre de 2023. Actualmente, Rafah tiene menos de 5% de esa cantidad; y el norte de Gaza tiene menos de 7% de esa cantidad, o 5,7 litros por persona por día.

Según un informe del Grupo de Agua, Saneamiento e Higiene del 15 de febrero de 2025, solo dos de los 35 pozos de Rafah están en funcionamiento.

Se informaron 13.179 casos de diarrea acuosa aguda en niños menores de cinco años. Esto representa aproximadamente 54% del total de casos registrados de diarrea acuosa aguda. Además, 21 de las 24 muestras ambientales analizadas en Gaza (88%) dieron positivo para poliovirus, según datos de la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis, del 1 de febrero de 2025.

Los últimos datos de [UNOSAT](#) recopilados el 1 de diciembre de 2024 identificaron 60.368 estructuras destruidas, 20.050 estructuras gravemente dañadas, 56.292 estructuras moderadamente dañadas y 34.102 estructuras posiblemente dañadas, para un total de 170.812 estructuras. Las gobernaciones del norte de Gaza y Rafah han experimentado el mayor aumento de daños en comparación con el análisis del 6 de septiembre de 2024, con aproximadamente 3.138 nuevas estructuras dañadas en el norte de Gaza y aproximadamente 3.054 en Rafah. Dentro del norte de Gaza, el municipio de Jabalya tuvo el mayor número de estructuras recientemente dañadas, con un total de 1.339.

Se confirmó por primera vez un caso autóctono en Reino Unido de un virus potencialmente mortal transmitido por garrapatas.

El virus de la encefalitis transmitida por garrapatas (TBEV) causa principalmente síntomas leves parecidos a los de la gripe en la mayoría de los casos y muchas víctimas ni siquiera se dan cuenta de que lo tienen. Sin embargo, también puede provocar infecciones graves en el sistema nervioso central, como meningitis o encefalitis.



Si bien en el pasado se han reportado casos de encefalitis transmitida por garrapatas en el Reino Unido, se cree que la mayoría de los casos estaban relacionados con pacientes que regresaron a Gran Bretaña después de haberse infectado en el extranjero.

Ahora, un nuevo [estudio](#) confirmó el primer caso de encefalitis transmitida por garrapatas adquirido localmente en el Reino Unido, sin antecedentes de viaje.

Un hombre de 28 años en Escocia sufrió múltiples picaduras de garrapatas mientras caminaba cerca de Loch Earn, a unos 17 kilómetros al oeste de Crieff. Dos días después, presentó fatiga que, después de 12 horas, progresó a rigidez de cuello, fotofobia y dolores de cabeza.

Varios días después buscó ayuda médica porque sus síntomas continuaron empeorando y también desarrolló diplopía.

La prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) detectó el TBEV y, al no registrar antecedentes de viajes, se trataba de un caso pionero en el Reino Unido.

El hombre fue tratado con analgésicos y monitoreado para asegurar su hidratación. Aunque gradualmente se recuperó, todavía sufría dolores de cabeza, falta de equilibrio y mareos ocho semanas después de sus síntomas iniciales.

Se confirmó la infección por TBEV adquirida a nivel nacional en el Reino Unido y que se trata del primer caso confirmado mediante PCR sin antecedentes de viajes al extranjero.

Previamente se había detectado un caso de infección por TBEV en Yorkshire en 2024 en un hombre de 50 años, el primer caso de este tipo confirmado en el Reino Unido. Sin embargo, a diferencia del caso escocés, este paciente había regresado de Grecia poco antes de sufrir los síntomas.

Pero, dado que el hombre solo informó haber sufrido picaduras de garrapatas en el Reino Unido antes de sus vacaciones, y que el TBEV no se considera endémico de Grecia, se considera muy probable que la infección se haya adquirido en el Reino Unido.

En general, se deberían realizar mayores esfuerzos para concienciar al público británico sobre los peligros potenciales que plantea el TBEV en Gran Bretaña.

Las campañas de salud pública actuales alientan a la población a estar alerta ante las garrapatas con el objetivo de intentar prevenir la transmisión de la enfermedad de Lyme. Estas campañas también deberían incluir la encefalitis transmitida por garrapatas.

Se estima que esta enfermedad mata sólo a uno de cada 200 pacientes, pero más de uno de cada 50 sufre complicaciones neurológicas a largo plazo como resultado de la infección.

Los funcionarios de salud pública afirman que el riesgo de contraer encefalitis transmitida por garrapatas en el Reino Unido es bajo, pero también instan a los caminantes a tomar precauciones y buscar ayuda médica si se enferman después de ser picados por garrapatas.

Estos artrópodos son cada vez más comunes en algunas partes del Reino Unido, principalmente debido al aumento de las poblaciones de ciervos. Viven en la maleza y se adhieren a los humanos cuando caminan por la hierba alta.

Se cree que las garrapatas infectadas con TBEV pueden haber llegado al Reino Unido al adherirse a aves migratorias provenientes de Europa continental.

El virus de la encefalitis transmitida por garrapatas (TBEV) es un flavivirus que se transmite a los humanos y a los animales principalmente por la picadura de las garrapatas *Ixodes ricinus* e *Ixodes persulcatus*. El consumo de leche no pasteurizada a veces puede provocar la adquisición de encefalitis transmitida por garrapatas, pero este modo de transmisión se considera raro. El complejo TBEV es un serocomplejo de virus que incluye el TBEV y otros virus relacionados, como el virus de la encefalomielitis ovina (LIV) y el virus Powassan.

El período de incubación de la encefalitis transmitida por garrapatas es de 7 a 14 días, con un máximo de 28 días. Se estima que dos tercios de las infecciones humanas son asintomáticas. La enfermedad sintomática suele ser bifásica, con síntomas iniciales no específicos que incluyen dolor de cabeza y fatiga. Después de una breve recuperación, una minoría de los pacientes progresa a una enfermedad neurológica que incluye meningoencefalitis.

No existe un tratamiento antiviral específico para la encefalitis transmitida por garrapatas. El tratamiento es de apoyo y, en casos graves, puede ser necesario el ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Existen vacunas contra el TBEV y se ha demostrado que son eficaces.

El TBEV es endémico en el norte y este de Asia, el este, centro y norte de Europa, y también están surgiendo nuevos puntos críticos en algunos países de Europa occidental. El vector principal del virus en el Reino Unido, *Ixodes ricinus*, ya estaba establecido en las Islas Británicas, pero se ha observado un aumento en el número de picaduras notificadas entre 2013 y 2020. Aunque el sesgo de notificación puede ser un factor contribuyente, el cambio climático también puede ser en parte responsable.

Anteriormente, se consideraba que el TBEV no existía en el Reino Unido, aunque el LIV es endémico en el país y causa enfermedades en ovejas, ganado y otros animales, así como infecciones ocasionales en humanos.

En el Reino Unido, las pruebas de detección de TBEV solo están indicadas cuando un paciente tiene una enfermedad clínica compatible y una exposición relevante (que suele incluir viajes a un país endémico), aunque desde 2023, las pruebas se realizan en todos los casos de encefalitis no diagnosticados, incluso si no se conoce la exposición a garrapatas o viajes.

En el marco de los esfuerzos que se están realizando para erradicar la poliomielitis, la República Centroafricana puso especial énfasis en llegar a las poblaciones vulnerables y desatendidas. Las poblaciones de las regiones mineras, como Zoubala, una localidad del distrito de Bossombélé a unas dos horas de Bangui, la capital, enfrentan desafíos singulares y mayores riesgos de transmisión del poliovirus.

En 2023, la detección de tres casos de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en Bossembele, dos de ellos en Gaga, un yacimiento minero del distrito, puso de relieve la urgencia de mejorar la cobertura de vacunación en las zonas mineras. Esto dio lugar a actividades de vacunación específicas, incluso en Zoubala, uno de los 34 yacimientos mineros del distrito.



Superando desafíos

Del 10 al 13 de octubre se llevó a cabo en Zoubala una campaña de vacunación destinada a reducir la brecha inmunitaria entre los niños de 0 a 59 meses. Brice Ngombe, consultor del programa de respuesta a la poliomielitis de la Organización Mundial de la Salud (OMS), formó parte del equipo desplegado durante la campaña de vacunación, en la que hubo importantes desafíos logísticos y de seguridad:

“Las minas suelen estar ubicadas en zonas remotas y con problemas de seguridad. Las comunidades de estas zonas suelen carecer de servicios sanitarios básicos, incluida la vacunación sistemática, lo que hace que haya un mayor número de niños que no han recibido ninguna dosis de la vacuna contra la poliomielitis”, afirmó Ngombe.

El equipo de vacunación se desplazó por terrenos difíciles, carreteras en malas condiciones y el riesgo de presencia de grupos armados en la zona. La falta de cobertura de la red móvil también dificultó la presentación de informes y la coordinación en tiempo real.

Además de la amenaza inmediata de propagación del poliovirus y de los casos confirmados, había una necesidad urgente de centrarse en los yacimientos mineros como Zoubala debido a varios factores críticos. Estas minas atraen a trabajadores de diversas regiones, incluidos los países vecinos donde se han detectado variantes del poliovirus. La afluencia de personas de diferentes zonas aumenta el riesgo de importación y transmisión del virus. Además, la República Centroafricana afronta dificultades en su vigilancia epidemiológica, lo que limita su capacidad para detectar y responder rápidamente a los brotes.

Las brechas de vigilancia, junto con la reciente detección de nuevos casos de cVDPV2, han llevado al país a implementar un plan de respuesta integral para mejorar los esfuerzos de vacunación y vigilancia.

A pesar de los obstáculos, la campaña logró resultados notables en todo el país: casi medio millón de niños fueron vacunados, incluidos 57 niños identificados en esta zona minera crítica. Entre ellos había 17 niños que nunca habían recibido una dosis cero de la vacuna contra la poliomielitis, lo que demuestra la necesidad crítica de llegar a estos grupos poco inmunizados.

“La poliomielitis no conoce fronteras, y nuestras campañas de vacunación tampoco deberían hacerlo. En República Centroafricana, llegar a las minas y otras zonas de alto riesgo



es esencial para garantizar que todos los niños estén protegidos contra esta devastadora enfermedad. Estamos trabajando incansablemente con nuestros socios para entregar vacunas a quienes más las necesitan, incluso en los lugares más remotos”, afirmó el Dr. Ngoy Nsenga, representante de la Organización Mundial de la Salud en República Centroafricana.

El éxito de la campaña se debió a la fuerte participación de la comunidad, que logró llegar a más de 350 familias con información vital sobre los beneficios de la vacunación. Al interactuar desde el principio con los miembros y líderes de la comunidad, los equipos pudieron generar confianza y crear conciencia sobre la importancia fundamental de la vacunación. Los padres aprendieron que el poliovirus puede provocar parálisis e incluso la muerte en cuestión de días, lo que resaltó la importancia de vacunarse para proteger a sus seres queridos.

La colaboración entre sectores también desempeñó un papel importante. Las asociaciones con ONG como Cap Anamur, una organización humanitaria cuyo objetivo es ayudar a los refugiados y desplazados de todo el mundo, así como con las autoridades locales, fueron fundamentales para llegar a la población y facilitar la ejecución sin problemas de la campaña.

Además, los equipos adaptaron sus enfoques para ajustarse a los contextos específicos de estas comunidades mineras, lo que les ayudó a superar los desafíos logísticos e impulsar la aceptación de la vacuna.

República Centroafricana intensificó sus esfuerzos para interrumpir la transmisión del cVDPV2 y llevó a cabo dos rondas de vacunación a nivel nacional en abril y mayo de 2024. Con rondas adicionales planificadas para el cuarto trimestre, el país pretende mantener sus avances en el refuerzo de la inmunidad entre los grupos vulnerables.

La preparación de la segunda ronda está en curso y se dirigirá a más de un millón de niños en las cuatro regiones.

Además, República Centroafricana y Chad han reforzado considerablemente sus esfuerzos de coordinación para prevenir la propagación transfronteriza de la poliomielitis. Ambos países se comprometieron a realizar una planificación conjunta, con equipos de coordinación que trabajan en estrecha colaboración para alinear las estrategias de vacunación y compartir datos vitales de vigilancia. Este enfoque colaborativo y la comunicación optimizada están reforzando la preparación y la respuesta rápida ante cualquier amenaza emergente.

El 13 de febrero de 2025, las autoridades sanitarias de la República Democrática del Congo notificaron un nuevo conglomerado de casos y muertes debido a una enfermedad desconocida en la aldea de Bomate, zona sanitaria de Basankusu, provincia de Équateur, en el noroeste del país. Se trata del segundo conglomerado de casos y muertes por una enfermedad desconocida en la provincia en menos de un mes.

El último brote en la aldea de Bomate se notificó inicialmente a las autoridades sanitarias provinciales el 9 de febrero de 2025. Los informes iniciales indicaron 32 casos con 20 muertes en la comunidad, ocurridos entre el 30 de enero y el 9 de febrero de 2025. Al 15 de febrero de 2025, las investigaciones en curso y las actividades de vigilancia habían identificado 419 casos con 45 muertes (tasa de letalidad de 10,7%). Las manifestaciones clínicas principales incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, mialgia, dolores corporales, sudoración, rinorrea, rigidez del cuello, tos, vómitos, diarrea y calambres abdominales. Cerca de la mitad de las muertes (22 muertes; 48,9% del total) se produjeron en las 48 horas siguientes a la aparición de los síntomas.

Se recogieron muestras de 13 casos, incluidas 12 muestras de sangre de casos activos y un hisopado de una persona fallecida, y se enviaron al Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB) en Kinshasa para su análisis el 11 de febrero de 2025. Los resultados de las pruebas, publicados el 13 de febrero de 2025, mostraron que todas las muestras dieron negativo para los virus del Ébola y Marburg mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Los diagnósticos diferenciales que se están investigando incluyen malaria, fiebre hemorrágica viral, intoxicación alimentaria o hídrica, fiebre tifoidea y meningitis.

Este brote sigue a un conglomerado anterior de casos y muertes notificados a las autoridades sanitarias provinciales de Équateur el 21 de enero de 2025 en la aldea de Boloko, zona sanitaria de Bolomba. Las investigaciones preliminares determinaron que el origen del brote se remonta a tres muertes en la comunidad entre niños menores de cinco años en la aldea de Boloko entre el 10 y el 13 de enero de 2025. Los niños afectados habrían presentado fiebre, dolor de cabeza, diarrea y fatiga, que luego progresaron a signos y síntomas hemorrágicos, incluida hemorragia subconjuntival, epistaxis y hematemesis, antes de sucumbir a la enfermedad. Los informes indican que los niños habían consumido un cadáver de murciélago antes de la aparición de los signos y síntomas. Entre el 15 y el 22 de enero de 2025, se produjeron cuatro muertes adicionales en la misma aldea entre niños de 5 a 18 años, todas ellas con características clínicas similares. El 22 de enero de 2025, durante la investigación de campo, se identificó un caso mortal adicional con vínculos epidemiológicos con las muertes anteriores en la aldea de Boloko en una aldea cercana, la aldea de Danda, junto con cuatro casos activos (tres en Boloko y uno en Danda). Los casos activos se observaron con signos y síntomas de fiebre, vómitos, diarrea, fatiga, dolor abdominal, mialgia y dolor de cabeza, y tres de ellos mostraron signos hemorrágicos como epistaxis, hematemesis y melena. Hasta el 27 de enero de 2025, se habían notificado un total de 12 casos con ocho muertes en la aldea de Boloko, que registró 10 casos con siete muertes, y en la aldea de Danda, que registró dos casos con una muerte.

El 22 de enero de 2025, se analizaron en el laboratorio provincial de Mbandaka muestras de sangre extraídas de los cuatro casos activos, así como un frotis *post mortem* de la persona fallecida en la aldea de Danda. Todas las muestras arrojaron resultados negativos para el virus del Ébola. El 31 de enero de 2025, pruebas adicionales en el INRB en Kinshasa confirmaron que todas las muestras dieron resultados negativos para el virus del Ébola Zaire y el virus de Marburg mediante PCR.

Hasta el 15 de febrero de 2025, se han notificado un total de 431 casos con 53 muertes (tasa de letalidad de 12,2%) en las dos zonas sanitarias de la provincia de Équateur. La zona sanitaria de Bolomba registró 12 casos con ocho muertes (tasa de letalidad de 66,7%), mientras que la zona sanitaria de Basankusu registró 419 casos con 45 muertes (tasa de letalidad de 10,7%). Las circunstancias exactas de exposición aún no se han establecido en ambos brotes. Además, no se han establecido vínculos epidemiológicos entre los casos en las dos zonas sanitarias afectadas. Se están realizando secuenciaciones metagenómicas e investigaciones adicionales para determinar la causa de la enfermedad y las muertes en las dos zonas sanitarias.

Acciones de salud pública

- Las autoridades sanitarias provinciales notificaron oficialmente el brote a nivel nacional. Se celebró una reunión conjunta en la que participaron las autoridades sanitarias locales y los socios para evaluar la situación y planificar las acciones de respuesta. Se envió un equipo del nivel provincial a las zonas sanitarias afectadas para apoyar la investigación de la situación y proporcionar suministros críticos.
- Con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los socios sanitarios, se están enviando a las zonas sanitarias afectadas algunos suministros médicos y productos básicos críticos para la gestión de casos, las pruebas de laboratorio y la prevención y el control de infecciones.
- Se están realizando investigaciones de casos y búsquedas activas de casos en las zonas afectadas, incluidas las comunidades, las iglesias y los centros de salud. Se están haciendo listados de casos. Los equipos de salud, con el apoyo de la OMS, están realizando investigaciones de campo en Bomate, mientras que 84 trabajadores de salud comunitarios han recibido instrucciones para mejorar la detección de casos en múltiples áreas.
- El equipo de investigación recogió y envió 18 muestras de las dos zonas sanitarias afectadas para su análisis, todas las cuales dieron negativo en las pruebas de PCR para los virus del Ébola y el virus de Marburg en el INRB Kinshasa. Se están realizando más investigaciones de laboratorio, incluida la secuenciación metagenómica.
- Los centros de salud locales de Basankusu y Ekoto están desbordados y solo pueden proporcionar servicios clínicos en la medida de lo posible a algunos de los pacientes. Se han instalado salas de aislamiento en los centros de salud de Basankusu y Ekoto para alojar a las personas afectadas. Las medidas de prevención y control de infecciones incluyen la descontaminación de las salas de aislamiento y la instalación de estaciones de lavado de manos en los lugares de aislamiento para reducir el riesgo de transmisión.
- En la zona sanitaria de Bolomba, las iniciativas de comunicación de riesgos y participación comunitaria incluyeron múltiples reuniones de sensibilización con líderes y residentes de las aldeas afectadas y vecinas, así como sesiones de capacitación para los trabajadores de salud comunitarios sobre la búsqueda activa de casos y la notificación de la vigilancia. En la zona sanitaria de Basankusu, las actividades de sensibilización incluyeron reuniones informativas comunitarias, promoción con líderes religiosos, emisiones de radio locales sobre

medidas preventivas y debates específicos en las aldeas para promover la detección temprana y el comportamiento de búsqueda de atención.

Interpretación de la situación

La situación en la provincia de Équateur presenta un riesgo significativo para la salud pública, con dos conglomerados de una enfermedad desconocida que causan una alta morbilidad y mortalidad. La tasa general de letalidad (12,2%), particularmente alta en la zona sanitaria de Bolomba (66,7%), y la rápida progresión de la enfermedad plantean preocupaciones sobre un agente infeccioso o tóxico grave. Una vez descartados los virus del Ébola y de Marburg, es fundamental realizar más pruebas de laboratorio para identificar el patógeno causal. La falta de vínculos epidemiológicos claros entre las dos zonas sanitarias puede sugerir eventos sanitarios separados. La geografía remota y la infraestructura sanitaria limitada exacerban los desafíos de respuesta, con instalaciones sanitarias desbordadas que luchan por gestionar los casos.

A pesar de los esfuerzos de respuesta en curso, siguen existiendo importantes deficiencias, incluida la capacidad limitada de laboratorio, la dinámica de transmisión poco clara y la vigilancia deficiente. Las medidas de prevención de infecciones, aunque se hayan iniciado, pueden ser inadecuadas si la enfermedad es altamente transmisible. Es esencial fortalecer la gestión de casos, ampliar las investigaciones epidemiológicas y mejorar la comunicación de riesgos. Se necesita apoyo urgente para reforzar los servicios de salud, acelerar las pruebas de diagnóstico e involucrar a las comunidades para prevenir una mayor transmisión, mejorar la detección temprana y la notificación.

El Ministerio de Salud Pública de Tailandia advirtió que la incidencia de la influenza está aumentando rápidamente, siendo cuatro provincias de la región noreste las más afectadas.

El ministro de Salud Pública, Somsak Thepsutin, dijo que este mes se había producido un gran aumento de casos. Las autoridades sanitarias estaban acelerando el suministro de vacunas a los grupos más vulnerables, en particular los niños y ancianos.



Hasta el 25 de enero, se habían registrado 7.819 casos de influenza este año. Sin embargo, al 15 de febrero, el total de infecciones de este año había ascendido a 99.057, con nueve muertes.

Según el ministerio, la mayoría de los casos se detectaron en escuelas y los niños de 5 a 9 años fueron el grupo más vulnerable. Las provincias de Nakhon Ratchasima, Surin, Buri Ram y Chaiyaphum fueron las más afectadas.

Thepsutin dijo que las personas que muestran síntomas que podrían ser de influenza deben quedarse en casa para evitar la propagación del virus.

La incidencia de la influenza en Tailandia aumentó de manera constante desde unos 472.000 casos en 2023 a 668.000 el año pasado, según el Departamento de Control de Enfermedades.

La tendencia actual sugiere que las cifras de este año superarán las del año pasado, cuando se notificaron 47.000 casos entre el 1 de enero y el 3 de febrero, en comparación con casi 100.000 casos en lo que va del año.

La cepa A(H1N1) es la más activa en Tailandia en la actualidad, según el Ministerio de Salud.

Yong Poovorawan, virólogo de la facultad de medicina de la Universidad de Chulalongkorn, publicó un aviso en Facebook el 9 de febrero diciendo que los viajeros a países del hemisferio norte deberían vacunarse contra la influenza al menos dos semanas antes de viajar.

Pero también llamó a la calma, diciendo que la influenza es estacional y que la cepa prevalente en Tailandia es la misma que está afectando a Japón.

La situación en Japón llamó la atención del público en Tailandia cuando la famosa actriz taiwanesa Barbie "Big S" Hsu murió tras contraer influenza a principios de este mes mientras se encontraba en Japón. Era popular en Tailandia por su papel en *Meteor Garden*, una serie romántica.

Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: marzo

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

ASOCIACIÓN PANAMERICANA
DE INFECTOLOGÍA

Curso virtual

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



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