Conclusiones

El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la implementación de nuevas tecnologías diagnósticas han permitido una mayor detección de casos de tuberculosis en Bogotá D.C. A pesar del aumento en los reportados, estos esfuerzos son esenciales para controlar la propagación de la enfermedad y reducir la mortalidad asociada; mantener y ampliar estas estrategias es crucial para continuar mejorando la detección y el tratamiento de la tuberculosis en la ciudad.

Laboratorio de diagnóstico	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Baciloscopia	37%	34%	30%	29%	30%	28%	
Cultivo	29%	34%	36%	34%	41%	53%	
Prueba molecular	16%	28%	32%	44%	47%	56%	

Figura 3. Realización de pruebas de laboratorio en casos de tuberculosis en Bogotá D.C., 2018 - 2023
Fuente: Sivigila evento 813, 2018 -2023

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2023 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; (2023, noviembre) [Recuperado 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>.
2. Instituto Nacional de Salud. Comportamiento de la tuberculosis, Colombia, a semana 10 de 2024 [Internet]. Instituto Nacional de Salud;(2024, noviembre) [Recuperado 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/23576189.2024.11>

Información emergencias en salud de interés internacional – ESPII corte mayo de 2024

Jenny Mora

Profesional Especializada Equipo Urgencias y Emergencias Subdirección de Vigilancia en Salud Pública

Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio – 8 de mayo de 2024

Entre el 10 y el 17 de abril de 2024 el Ministerio de Salud del Reino de Arabia Saudita notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) tres casos humanos, uno de ellos mortal, de coronavirus causante del síndrome respirato-

rio de Oriente Medio (MERS-CoV). Dos de los casos fueron detectados gracias al rastreo de contacto de caso inicial.

Se trata de un hombre de 56 años, maestro de escuela, quien el 29 de marzo presentó síntomas, (fiebre, tos, rinorrea y dolores corporal). El 4 de abril acudió al servicio a urgencias en un centro hospitalario donde tuvo contacto con dos pacientes más que posteriormente fueron identificados como casos. El 6 de abril el caso requirió de unidad de cuidados intensivos y se confirmó resultado positivo para MERS-CoV. El caso registraba antecedentes de enfermedades crónicas, sin antecedentes claros de exposición a factores de riesgo. Se identificaron 20 contactos estrechos entre trabajadores de la salud, pacientes del centro hospitalarios y familiares; gracias a este seguimiento se conocieron los dos casos secundarios. El caso falleció el 7 de abril.

El segundo y tercer caso corresponden a hombres de 60 años, pacientes que coincidieron en los mismos servicios que inicial, el 4 de abril. En ninguno se establecieron antecedentes de exposición a camellos, por lo que se sospecha que son secundarios por la atención en salud, por contacto con el caso inicial. Se están llevando a cabo investigaciones para verificarlo y conocer la vía de transmisión.

Como respuesta en salud pública, se realizó aislamiento para los casos identificados, rastreo a los contactos, con seguimiento diario durante el periodo de incubación de 14 días y el análisis de laboratorio de los contactos de alto riesgo. Además, se ha generado actualización del conocimiento sobre la definición de los casos dirigidos a los trabajadores de salud.

Desde principios de año se han notificado un total de cuatro casos y dos muertes en el Reino de Arabia Saudita. La notificación de estos no modifica la evaluación general de riesgos de la OMS, que sigue siendo moderada tanto a escala mundial como regional (1).

Temporada de aumento en circulación de dengue en el istmo Centroamérica, México y el Caribe

Hasta el 11 de mayo del 2024 se ha registrado en las Américas un aumento histórico de casos notificados, principalmente en la subregión del Cono Sur. A pesar de que en las últimas semanas se ha registrado una reducción en las Subregiones del Cono Sur y Andina, las Subregiones Istmo Centroamérica, México y el Caribe están ingresando al periodo mayor de circulación del dengue.

En la Región de las Américas hasta el 11 de mayo se habían reportado 8.140.210 casos sospechosos de dengue, lo que muestra un aumento del 226% con relación al mismo periodo del año del 2023, y un aumento de 416 % con respecto al promedio de los últimos cinco años; de total de los casos reportados 7.983 fueron casos graves. Los países con mayor número de casos notificados, donde se concentran el 98 % de los casos son Brasil con 6.803.727 (83 %), Argentina 475.743 (6,0 %), Paraguay 266.816 (3.3 %), Perú 222.950 (2,7 %), Colombia 137.175 (1,6 %) y México 65.758 (0,8 %). Para el mismo periodo los países de la región que concentran el 98 % de las defunciones notificadas son Brasil con 2.897 defunciones (79,4 %), Argentina con 325 (9,0 %), Perú con 174 (4,7 %), Paraguay con 91 (2,5 %), Colombia con 62 (1,6 %) y Ecuador con 31 (0,8 %). En la Región se han notificado 3.648 defunciones debidas al dengue.

En el Istmo Centroamericano y México se notificaron un total de 132.966 casos de dengue. El número más alto se reportó en México con 65.758 casos, seguido por Honduras con 20.563 casos; del total de casos notificados, 21.049 (15,8 %) fueron confirmados por laboratorio, 724 como graves y 48 como defunciones por dengue. Los países con mayor número de casos graves y muertes por dengue en la subregión son México (405 casos graves y 20 fallecidos) y Honduras (266 casos graves y 10 fallecidos).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan a los estados miembros adoptar las medidas necesarias para preparar la respuesta ante el aumento de dengue, incluida la organización de los servicios de salud a fin de garantizar el manejo clínico adecuado, confirmación por laboratorio, prevención de complicaciones y evitar saturación de los servicios de atención especializada. Además, reforzar las medidas prevención y control de Aedes, medidas de protección personal y la comunicación y participación de la comunidad (2).

Hepatitis E en Chad – 8 de mayo de 2024

El 5 de marzo de 2024 la República de Chad (país ubicado en África Central) notificó a la OMS un brote de hepatitis E en la provincia de Ouaddai, al este del país, en dos distritos sanitarios Adré y Hadjer-Hadid. Desde abril de 2023 esta provincia se ha visto afectada por la afluencia de refugiados y repatriados, en su mayoría mujeres y niños que huyen del conflicto en Sudán.

Entre el 2 de enero y el 28 de abril se notificaron 2.092 presuntos casos de hepatitis E, incluidas siete mortalidades. El 4,9 % (103) población local y el 95 % (1.989) personas que vivían en siete campamentos de refugiados o en lugares de tránsito. Para confirmar el diagnóstico en las muestras recogidas se utilizaron tanto pruebas de diagnóstico rápido como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR); 27 casos presuntivos son gestantes (el 1,3 %). Los grupos de edad más afectados son de 6 a 17 años (1.113) y de 18 a 59 años (500), que abarcan el 53,2 % y el 23,9 % de los casos presuntos, respectivamente.

La hepatitis E ocurre con frecuencia en los escenarios humanitarios como las zonas afectadas por conflictos y los lugares donde vive población desplazada. El acceso escaso al agua potable y el saneamiento e higiene insuficientes

aumentan el riesgo de que aparezcan brotes de esta enfermedad.

Las autoridades de salud del Chad han activado el centro de operaciones de emergencia de salud pública, se ha elaborado un plan de respuesta para direccionar recursos. La OMS desplegó un equipo multidisciplinar en Adré para ayudar a activar las operaciones de respuesta que se pusieron en marcha con el apoyo de los asociados de la Organización y se dio inicio al fortalecimiento de capacidades de los trabajadores de la salud para detección oportuna de casos.

La forma más eficaz de luchar contra esta enfermedad es prevenirla. El suministro de agua potable, las prácticas correctas de higiene, las normas de calidad para el abastecimiento público de agua y la prestación de servicios de saneamiento sin riesgos pueden reducir significativamente el riesgo de propagación. La OMS considera que el riesgo es alto a escala nacional, moderado a escala regional y bajo a nivel mundial (3).

Influenza aviar altamente patógena A(H5N1) en bovinos y humanos relacionados casos – Estados Unidos 2024

El primer caso fue reportado el 1 de abril del 2024 en una persona que había tenido exposición a ganado lechero presuntamente infectado con Influenza Aviar A(H5N1) en Texas. El 22 de mayo de 2024 se identificó el segundo caso en un trabajador agrícola en Michigan; el trabajador agrícola estaba siendo monitoreado debido a su exposición laboral al ganado infectado con A(H5N1). Al igual que en el caso humano anterior de influenza aviar A(H5N1) notificado el 1 de abril de 2024 en Texas, el individuo mostró conjuntivitis como único síntoma.

El análisis genético para el caso de Texas reveló algunos cambios en la secuencia del virus de la muestra del paciente, en comparación con las

secuencias virales encontradas en el ganado. Sin embargo, tanto las secuencias del ganado como las humanas siguen siendo similares a las de las aves (es decir, conservan su fuerte preferencia por los receptores de aves y no de mamíferos); el genoma del virus del caso de Michigan tenía el cambio que es asociado con la adaptación viral a huéspedes mamíferos y se ha observado en el 99 % de los virus secuencias de vacas lecheras, pero solo ocasionalmente en aves.

El 30 de mayo reportan un tercer caso de influenza aviar altamente patógena (IAAP) A(H5) en un trabajador de granja lechera que estuvo expuesto a vacas infectadas. A diferencia de los dos casos anteriores, el paciente refirió síntomas del tracto respiratorio superior que incluye tos sin fiebre, así como molestia en la (ojos llorosos). El paciente recibió tratamiento antiviral (Oseltamivir), con aislamiento en su domicilio y los síntomas se resolvieron. Se están monitoreando los contactos domésticos y otros trabajadores de la granja, sin que hasta el momento se hayan reportado síntomas. No hay indicios de transmisión de persona a persona del virus A(H5N1) en este momento.

Las autoridades sanitarias han identificado que los casos humanos reportados no utilizaban Equipo de Protección Personal (EPP) completo. El caso reportado el 22 de mayo de 2024 desarrolló síntomas oculares después de que le salpicara leche en el ojo, destacando la importancia del EPP adecuado.

El 30 de mayo de 2024 las autoridades sanitarias informan de la detección de A(H5N1) en nueve estados, afectando a 69 empresas lecheras granjas/rebaños: Michigan (22), Texas (15), Idaho (10), Nuevo México (8), Kansas (4), Colorado (4), Dakota del Sur (4), Carolina del Norte (1) y Ohio (1). Las detecciones reportadas más recientemente se produjeron el 24 de mayo de 2024 en Idaho y Michigan; también, se han detectado marcadores de gripe A(H5) en aguas residuales en Texas. Los gatos alimentados con

la leche no pasteurizada y el calostro de las vacas afectadas desarrollaron una infección sistémica grave; se ha informado de gripe aviar A(H5N1) en algunos otros mamíferos en los Estados Unidos, incluidas las cabras y alpacas en granjas con aves infectadas.

Se ha encontrado material genético del virus de influenza Aviar A(H5N1) en muestras de leche, sin embargo, en los estudios realizados, demostraron que la pasteurización inactiva el virus en la leche y los productos lácteos, sin ningún virus viable detectado tras la pasteurización. La leche producida comercialmente es segura para los consumidores y recomienda que la de ganado con síntomas clínicos de infección, se elimina de la cadena alimentaria humana.

La Organización Mundial de la Salud, la Comisión de Alimentación y Agricultura, la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de Sanidad Animal realizaron la evaluación de riesgo, considerando que el A(H5N1) representa un riesgo bajo para aquellos expuestos a animales infectados o contaminados y entornos ambientales; el riesgo de infección se considera bajo a moderado. Sin embargo, en entornos donde las personas con exposición cercana o prolongada a animales infectados o contaminados tienen un mayor riesgo de infección (4).

Alerta epidemiológica por virus de Oropouche en la Región de las Américas

El virus de Oropouche (OROV) se transmite al ser humano principalmente a través de la picadura del jején *Culicoides paraensis*, pero también puede ser transmitido por el mosquito *Culex quinquefasciatus*. Las personas infectadas presentan síntomas como fiebre alta, cefalea con fotofobia, mialgias, artralgias y, en algunos casos, exantemas; además pueden incluir vómitos y hemorragias, manifestándose en forma de petequias, epistaxis y sangrado gingival. Generalmente, la infección se resuelve en un

lapso de dos a tres semanas, en situaciones excepcionales, el OROV puede provocar meningitis o encefalitis.

En la Región de las Américas los brotes por OROV registrados en los últimos diez años se han presentado, principalmente, en la región amazónica, encontrando Además, numerosos brotes de la enfermedad en comunidades rurales y urbanas de Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Panamá, Perú y Trinidad y Tobago.

Durante el 2024 se han notificado 5.193 casos confirmados de Oropouche en cuatro países de la Región de las Américas: Bolivia, donde se registran 1.856 casos sospechosos, de los cuales 313 han sido confirmados por laboratorio; Brasil, 4.583 confirmados de OROV, la región Amazónica, considerada como endémica, concentra el 93 % (n=2.910) de los registrados en el país; en Colombia, se registran 38 casos confirmados de Oropouche en tres departamentos, el 92 % (n=35) se concentran en el departamento del Amazonas; y el Perú ha notificado 259 casos confirmados en cuatro departamentos del país, el 70,2 % (n=182) se han registrado en el departamento de Loreto. Desde la última actualización epidemiológica de Oropouche de la OPS, Brasil y Bolivia los han notificado en lugares donde no se habían registrado casos autóctonos previamente.

La OPS y la OMS instan a los estados miembros a implementar las recomendaciones para el diagnóstico diferencial del virus Oropouche (OROV) y reforzar las medidas de vigilancia entomológica, control vectorial y de protección personal de la población a mayor riesgo (5).

Referencias bibliográficas

1. Middle East respiratory syndrome coronavirus-Kingdom of Saudi Arabia - 8 May 2024 - [Internet]. [Consultado 15/06/2024]. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON516>
2. <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-start-peak-dengue-season-central-american-isthmus-mexico-and-24-May-2024> [Internet]. [Consultado 15/06/2024]. <https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON514>
3. Hepatitis E - Chad - 8 May 2024, [Internet]. [Consultado 16/06/2024]. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON517>
4. European Centre for Disease Prevention and Control - Communicable disease threats report, 25 - 31 May 2024, week 22 [Consultado 16/06/2024]. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-25-31-may-2024-week-22>
5. Epidemiological Alert Oropouche in the Region of the Americas - 9 May 2024, 9 May de 2024 [Consultado 16/06/2024]. <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-oropouche-region-americas-9-may-2024>