

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las arbovirosis (excepto dengue)

AMÉRICA

- Bolivia: Brote de leptospirosis en Tarija
- Estados Unidos: La variante Delta del SARS-CoV-2 está enviando a más niños al hospital
- Estados Unidos: Confirman en Georgia un nuevo caso fatal de melioidosis

EL MUNDO

- Bangladesh: Aumentan los casos de dengue
- Camboya: Casos de dengue y fiebre chikungunya en la provincia de Kandal
- China: Nuevo caso humano de influenza aviar A(H5N6) en Hunan
- Francia: Primer caso autóctono de dengue de 2021 en Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Guinea: Detalles del caso notificado de enfermedad por el virus de Marburg

- Irlanda: Los casos de sífilis aumentaron 38% en los primeros siete meses de 2021 respecto de 2020
- Reino Unido: Una temporada incierta de influenza, virus sincicial respiratorio y COVID-19
- Rusia: Dos casos humanos de carbunco cutáneo en los últimos diez meses en Daguestán
- Rusia: Brote de norovirus en un tren

OPINIÓN

- ¿La vacunación contra la COVID-19 debería ser obligatoria para el personal sanitario?

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

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

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.

Desde el inicio de la temporada 2020/2021 en la semana epidemiológica (SE) 31, y hasta la SE 28 de 2021, se registró un caso confirmado de encefalitis de Saint Louis (provincia de Santa Fe, SE 11), y dos casos probables (Buenos Aires, SE 10; y Córdoba, SE 15). Además, se han notificado cuatro casos probables de infección por flavivirus: tres en la provincia de Buenos Aires (SE 5 y 20) y uno en Córdoba (SE 18). Por último, se investigó y descartó un caso de síndrome congénito con sospecha de asociación con virus Zika notificado por la provincia de Chaco en la SE 20 de 2021.

Otros 848 casos fueron estudiados para encefalitis de Saint Louis, fiebre chikungunya, fiebre del Nilo Occidental, fiebre zika y fiebre amarilla; todos fueron descartados.

Complicaciones causadas por el virus Zika

Se notificó un caso de síndrome congénito con sospecha de asociación con virus Zika en la provincia de Chaco, sin antecedente de viaje, correspondiente a la SE 20 de 2021, que fue investigado y descartado tras el resultado de las pruebas enviadas al laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas 'Dr. Julio Isidro Maiztegui' / Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEVH-ANLIS).

Asimismo, se estudiaron 57 casos con sospecha de complicaciones asociadas al virus Zika, con resultados negativos. Las provincias que realizaron estudios de laboratorio fueron Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Salta, Santa Fe y Tucumán. De los 57 casos, 21 fueron estudiados para el síndrome congénito de asociación con el virus Zika, 15 para la infección durante el embarazo, y 17 casos se estudiaron para síndrome de Guillain-Barré u otros síndromes neurológicos con sospecha de asociación con el virus Zika.

Fiebre amarilla

En Argentina no se registran casos de fiebre amarilla desde 2009. En esta temporada, desde la SE 31 de 2020 hasta la SE 28 de 2021, se han estudiado 11 casos con sospecha de fiebre amarilla en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Misiones, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (este último con antecedente de viaje), todos ellos con pruebas negativas. A su vez, en la provincia de Misiones, se han estudiado cuatro sospechas de epizootias en ejemplares de monos carayá (*Alouatta caraya*), tres reportadas durante 2020, y una en 2021 en Corrientes (SE 23), también con resultados negativos.

La leptospirosis, enfermedad causada por la bacteria *Leptospira interrogans*, que los roedores eliminan en el agua, cobró la vida de una adolescente de 14 años de edad en una comunidad alejada de Bermejo, departamento de Tarija, pero tras un levantamiento de muestras para laboratorio, otras seis dieron positivo para esa misma patología.

La adolescente falleció en junio, pero los resultados de laboratorio recién llegaron en los últimos días. Primero dio negativo para hantavirus, pero estudios posteriores confirmaron que la mujer fallecida tenía leptospirosis, según informó Silvia Choquevilca, epidemióloga de la Red de Salud de Bermejo.¹



¹ La leptospirosis es una enfermedad zoonótica transmitida por espiroquetas del género *Leptospira*, familia Leptospiraceae, orden Spirochaetales. Son gérmenes filiformes aeróbicos obligados. Se dividen en especies patogénicas –por ejemplo *L. interrogans*, *L. weilii* y *L. kirschneri*– y no patogénicas –como *L. biflexa*.

L. interrogans representa el agente causal de la enfermedad humana y se subdivide a su vez en sero-variedades de acuerdo a su composición patogénica; se han descubierto hasta la actualidad aproximadamente 250 variedades y las más importantes para el ser humano son: *icterohaemorrhagiae*, cuyo reservorio son las ratas y ratones; *pomona* (cerdo) y *canicola* (perros); estas dos últimas causan en el ser humano cuadros generalmente subclínicos.

La vía de transmisión es por medio de agua, tierra o alimentos contaminados, a través de abrasiones o cortes en la piel y mucosas o inmersión prolongada en aguas contaminadas. Generalmente son causas de epidemias; en Sudamérica se suelen presentar casos luego de épocas lluviosas, debido a las aguas estancadas, siendo la mayoría cuadros subclínicos y en adultos. La transmisión interhumana es extremadamente rara, debido a que el pH bajo de la orina limita la sobrevivencia de *Leptospira* luego de la excreción.

El periodo de incubación es de 7 a 26 días con un promedio de 12 días. Las manifestaciones clínicas van desde un cuadro oligosintomático, pasando por una enfermedad sintomática que típicamente consta de dos fases. La primera se caracteriza por aparición abrupta de fiebre, cefaleas, mialgias, artralgias, malestar general, vómitos, dolor abdominal, pudiendo existir exantema fugaz, tos, que se puede confundir con cualquiera de otras causas de enfermedades virales o tropicales. Representa 80 a 90% de los casos; en este periodo, que tiene duración generalmente de una semana, se puede encontrar a *Leptospira* en la mayoría de los líquidos corporales, incluyendo el líquido cefalorraquídeo.

Muy pocos pacientes ingresan a la segunda fase, que se conoce como fase inmune, que se presenta luego de 4 a 6 días de la remisión de los síntomas, donde se evidencia la reaparición de los mismos, pudiendo producirse mayor compromiso respiratorio, encefálico, muscular o daño ocular, como uveítis. En este segundo periodo se encuentran los gérmenes en la orina; a esta forma se conoce como leptospirosis anictérica. La forma ictérica de la enfermedad comparte igualmente la clínica bifásica, con la salvedad de que en la fase inmune se produce mayor compromiso hepatorenal acompañado de ictericia; representa 10 a 20% de los casos y hasta hace unos pocos años se acompañaba de alta morbimortalidad. Algunos autores informan hasta 40% de mortalidad; esta forma se acompaña de diátesis hemorrágica como petequias, hematuria, hemorragias, insuficiencia renal aguda, colapso vascular, compromiso de la conciencia, compromiso respiratorio, inclusive neumonitis hemorrágica severa, pudiendo llegar a la falla multiorgánica.

Pilar Villarraga se pasó gran parte del verano contando los días que faltaban para el cumpleaños de su hija Sophia. A principios de agosto, en pleno verano del Hemisferio Norte, Sophia cumpliría 12 años, edad que la habilitaba oficialmente para vacunarse contra la COVID-19. “No quería que empezara el colegio sin la vacuna”, dijo Villarraga, que vive en la localidad de Doral, Florida.

Pero a fines de julio, apenas dos semanas antes de ese cumpleaños crucial, Sophia contrajo el SARS-CoV-2. Al principio solo tuvo fiebre, pero el 25 de julio, después de



cuatro días tranquilos de convalecencia en su casa, le empezaron a doler las costillas. Al día siguiente, Pilar la llevó a la guardia del hospital, donde una radiografía de tórax reveló que Sophia tenía neumonía. Pocas horas después empezó a toser con sangre.

La niña fue ingresada de inmediato el Hospital de Niños Nicklaus de Miami. Sus padres y amigos estaban en shock. “Nunca pensé que pudiera ser tan grave en los niños”, dijo Pilar.

Pero Sophia era apenas una de los 130 niños que fueron internados ese mismo día con COVID-19 en Estados Unidos, según cifras de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Y esa cifra no para de crecer desde principios de julio. Entre el 31 de julio y el 6 de agosto, fueron internados con COVID-19 un promedio de 216 niños por día, casi la misma cifra de 217 internaciones diarias que se registraron en el pico de la pandemia, a principios de enero.

Los más afectados han sido los hospitales de las zonas donde la COVID-19 hace estragos. En un solo día de la semana pasada, el Hospital de Niños de Arkansas en Little Rock ingresó 19 niños con COVID-19; el Hospital de Niños Johns Hopkins de Saint Petersburg, Florida, ingresó 15 niños, y en el Hospital de Niños Mercy de Kansas City, en Missouri, recibieron a 12 chicos. Las unidades de terapia intensiva de todos esos nosocomios también recibieron varios niños.

Son cifras que alarman: si la COVID-19 parecía tener un pequeño lado positivo, era que los niños parecían menos afectados, pero eso tal vez ya no sea así. Algunos médicos en el frente de batalla dicen estar observando más casos críticos en niños que en ningún otro momento de la pandemia, y lo más probable es que se deba a la supercontagiosa variante Delta.

”Todo el mundo está un poco preocupado ante la posibilidad de que la variante Delta sea de alguna manera más peligrosa en los niños”, dijo el Dr. Richard Malley, pediatra especialista en enfermedades infecciosas del Hospital de Niños de Boston.

La mayoría de los niños con COVID-19 tienen síntomas leves y todavía no hay suficiente evidencia para concluir que la variante Delta enferma más gravemente a los niños que otras variantes, señalan los científicos.

Lo que está claro, sin embargo, es que una confluencia de factores –incluida la infectiosidad de la variante Delta y el hecho de que las personas menores de 12 años aún no estén habilitadas para vacunarse– está mandando al hospital a más cantidad de niños, especialmente en áreas del país donde los contagios van en aumento. “Cuanto más casos haya, obviamente también habrá más niños afectados”, dijo Malley.



Casos en alza

La mayoría de los hospitales pediátricos esperaban un verano tranquilo. La mayor parte de los virus que circulan comúnmente entre los chicos suelen tomarse vacaciones durante los meses de calor, y la [tasa nacional de casos de COVID-19](#) había bajado significativamente durante la primavera, en abril y mayo.

Pero el mes pasado la variante Delta explotó y esos auspiciosos pronósticos se fueron esfumando con cada chico que ingresaba al hospital. “El número de hisopados positivos empezó a crecer a principios de julio”, dijo Marcy Doderer, presidente y ejecutivo en jefe del Hospital de Niños de Arkansas. “Y a partir de ahí realmente empezamos a ver niños enfermos”.

Las vacunas son altamente efectivas contra la variante Delta –brindan una poderosa protección contra cuadros graves y fallecimientos–, pero aún no están autorizadas para menores de 12 años. Así que cuanto más adultos se vacunan, mayor será la participación de los niños en la cifra total de casos: entre el 22 y el 29 de julio, los menores de 12 años representaron 19% de los nuevos contagios, según la Academia de Pediatría de Estados Unidos (AAP).

“No están vacunados. Por eso hay tantos contagios entre los chicos”, dijo la Dra. Yvonne Maldonado, infectóloga pediatra de la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford y presidente de la AAP.

Del 22 al 29 de julio, se reportaron [casi 72.000 nuevos casos de COVID-19 pediátrico](#), casi el doble que la semana previa, según la AAP. En el Hospital de Niños Johns Hopkins de Saint Petersburg, Florida, 181 niños dieron positivo para COVID-19 durante el mes de julio: durante junio habían sido solo 12.

La mayoría de esos chicos tienen síntomas relativamente leves, como congestión nasal, tos y fiebre, dijo el Dr. Wassam Rahman, director médico del centro de emergencias pediátricas del Johns Hopkins. “La gran mayoría no enferma de gravedad”, dijo Rahman. “Casi todos vuelven a su casa y se les indican cuidados preventivos, pero como podrán imaginarse, los padres se asustan mucho”.

Un pequeño número de niños, sin embargo, desarrolla cuadros graves, y llegan a los hospitales con neumonía o serias dificultades para respirar.

“De los 15 niños con COVID-19 que fueron hospitalizados en el Hospital de Niños de New Orleans a fines de la semana pasada, cuatro –incluido un bebé de 3 meses– estaban en cuidados intensivos”, dijo el Dr. Mark Kline, médico en jefe del hospital. Ninguno de los niños, incluidos los ocho que tenían la edad suficiente para ser elegibles, había sido vacunado.

“Esta variante Delta del SARS-CoV-2 es la peor pesadilla de un infectólogo”, dijo Kline. “Y no hay indicios de que haya comenzado a estabilizarse”.

Algunos de los que quedan internados tienen comorbilidades previas, como diabetes o asma, lo que los hacen más vulnerables a la COVID-19, pero los médicos dicen que también hay casos de niños muy graves que no presentaban factores de riesgo.

Sophia, que estaba en los equipos de pista y campo traviesa de su escuela, estaba sana y activa antes de contraer la COVID-19, dijo su madre. Sus padres se sorprendieron de lo rápido que se deterioró.

No bien Sophia fue internada, los médicos empezaron a tratarla con remdesivir, un medicamento antiviral, y también con antibióticos, esteroides y un anticoagulante. “A partir de ahí, fue mejorando de a poco”, dijo Villarraga.

Lo más probable es que Sophia, como la mayoría de los niños con COVID-19, se recupere por completo, dice su madre. (Un pequeño porcentaje de niños puede experimentar síntomas persistentes a largo plazo, un cuadro conocido como ‘COVID-19 largo’). Sophia fue dada de alta el 31 de julio y pocos días después pudo celebrar su cumpleaños en su casa.

Las diferencias de la variante Delta

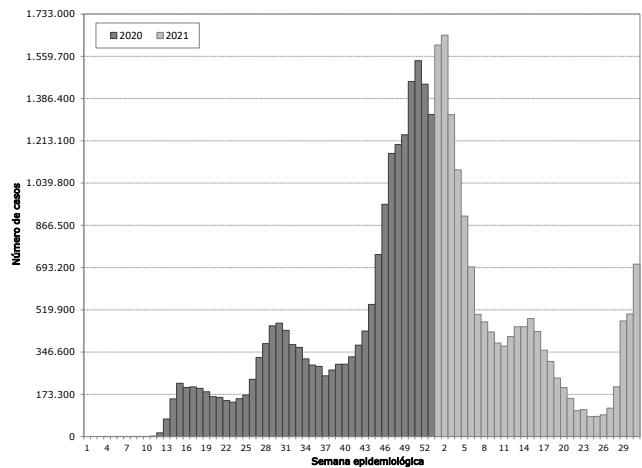
A Villarraga no le dijeron qué variante contrajo Sophia, pero según estimaciones de los CDC, más de 80% de los nuevos casos en Estados Unidos responden a la Delta, y los médicos dicen estar seguros de que esa variante está detrás del aumento en las infecciones infantiles.

Lo que sigue sin respuesta es si los niños infectados con la variante Delta enferman más gravemente que si se hubieran contagiado con otra diferente, o si la Delta, que es aproximadamente el doble de contagiosa que el virus original, es tan infecciosa como para infectar a muchos más niños.

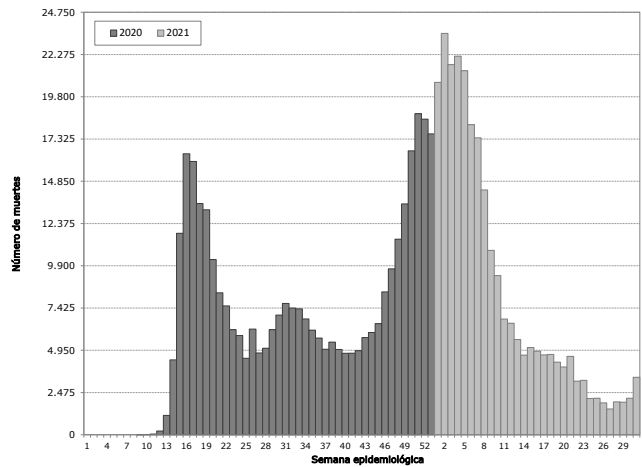
Existe alguna evidencia incipiente, principalmente de datos sobre adultos, de que la Delta puede causar un cuadro más grave de la enfermedad. Estudios realizados en Canadá, Escocia y Singapur, por ejemplo, sugieren que es más probable que la Delta produzca más internaciones, ingresos a terapia intensiva, o incluso muertes.

Pero los expertos aclaran que se trata de investigaciones preliminares y que todavía no hay suficientes datos fidedignos sobre la gravedad de los casos de la variante Delta en niños.

“No hay evidencia firme de que la enfermedad que causa la Delta sea más grave”, dijo el Dr. Jim Versalovic, patólogo en jefe y pediatra interino en jefe del Hospital de Niños de Texas en Houston, donde en este momento alrededor de 10% de los niños hispanos dan positivo para el virus, mientras que en junio eran menos de 3%. “Hay casos graves, pero en todo momento de la pandemia hubo casos graves”.



Casos confirmados. Estados Unidos. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 31 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 10 de agosto de 2021, 18:22 horas.



Muertes confirmadas. Estados Unidos. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 31 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 10 de agosto de 2021, 18:22 horas.

Aunque no todos los estados informan sus índices de hospitalización pediátrica, los datos disponibles sugieren que se han mantenido básicamente estables durante meses. A nivel nacional, aproximadamente 1% de los niños infectados con el virus termina hospitalizado, y 0,01% fallece, según datos de la AAP. Y desde el verano pasado han disminuido tanto las tasas de hospitalización como las de mortalidad.

De todos modos, sigue existiendo la posibilidad de que la enfermedad por la variante Delta en los niños sea más grave. Las tasas de hospitalización, que son un indicador tardío, podrían aumentar en las próximas semanas y meses. Y el [síndrome inflamatorio](#), inusual pero grave, que se desarrolla en algunos niños con COVID-19 a veces tarda semanas en manifestarse.

En el Reino Unido, donde Delta arrasó con la población antes de que la variante se generalizara en Estados Unidos, los expertos dicen que no han visto evidencia clara de que la variante esté afectando más a los niños.

“Hubo una ola, hubo niños que enfermaron”, dijo la Dra. Elizabeth Whittaker, especialista en inmunología e infectología pediátrica en el Imperial College de Londres. “Pero no de una manera muy diferente, o preocupante”.

Sobretensiones duales

Independientemente de si Delta resulta ser más grave o no, la variante claramente está impulsando un aumento de nuevas infecciones tanto en niños como en adultos, especialmente en áreas donde la cobertura de la vacuna es baja. “Las tasas entre los niños están aumentando porque las tasas entre los miembros de la familia no vacunados en sus hogares están aumentando”, dijo Maldonado.

Y más niños infectados significan más niños hospitalizados. “Es una cuestión de números en este momento”, dijo Versalovic.

Para empeorar las cosas, muchos hospitales también informan un [aumento muy inusual](#) de niños con virus sincicial respiratorio, una enfermedad que suele aparecer en otoño e invierno. Los casos de este virus fueron anormalmente bajos el invierno pasado, probablemente debido a los cierres y las precauciones pandémicas, pero [los casos han aumentado](#) a medida que los funcionarios levantan las restricciones y los niños comienzan a tener contacto.

El Hospital Pediátrico Mercy en Kansas City tuvo casi tres veces más pacientes con virus sincicial respiratorio que con COVID-19 a fines de la semana pasada, mientras que el Hospital Pediátrico de Texas tuvo casi 1.500 pruebas positivas para virus sincicial respiratorio en los últimos 90 días, dijeron funcionarios del hospital.

“Eso ha creado un doble aumento”, dijo Versalovic. “Debido a que ambos virus circulan ampliamente, estamos teniendo un impacto mucho mayor”.

La combinación de virus sincicial respiratorio y COVID-19 ha llevado al Hospital Pediátrico de New Orleans a su capacidad máxima. “No hemos tenido una cama vacía en ninguna de nuestras unidades de cuidados intensivos en seis semanas”, dijo Kline.

Aún no está claro cuándo los niños menores de 12 años serán elegibles para la vacunación, pero mientras tanto, dijeron los expertos, la mejor manera de reducir el peligro para los niños y aliviar el estrés en los hospitales es que los niños mayores y los adultos se vacunen, lo que ayudará a frenar la propagación de la variante Delta.

“La forma más segura de no saber nunca si Delta es más agresiva con los niños que la cepa original es mejorar realmente la vacunación”, dijo Malley.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos confirmaron un nuevo caso fatal de melioidosis, una enfermedad rara en Georgia, que está vinculado a tres casos anteriores en diferentes estados. Los casos han incluido adultos y niños. Dos de los cuatro pacientes no tenían factores de riesgo conocidos de melioidosis; dos murieron.

La secuenciación del genoma completo en los CDC muestra que las cepas bacterianas que enfermaron a los pacientes, en Georgia, Kansas, Texas y Minnesota, coinciden estrechamente entre sí, lo que sugiere que hay una fuente común para estos casos. Parecen estar más estrechamente relacionados con las cepas que se encuentran en Asia, particularmente en el sur de Asia, aunque ninguno de los pacientes había viajado fuera del país.

Los CDC han recolectado y analizado más de 100 muestras de productos, suelo y agua dentro y alrededor de los hogares de los pacientes. Aún no se han obtenido muestras positivas para la bacteria *Burkholderia pseudomallei*, que causa la melioidosis. Actualmente, los CDC creen que la causa más probable es un producto importado (como un alimento o bebida, productos de cuidado personal o de limpieza o medicamentos) o un ingrediente en uno de esos tipos de productos. La bacteria vive normalmente en suelo húmedo y agua. Sin embargo, en casos raros, también se ha encontrado que contamina los productos húmedos en las áreas donde las bacterias son comunes.

Identificar una única fuente de infección puede resultar difícil porque:

- Los pacientes están separados por la geografía y el momento en que comenzó su enfermedad.
- Cada uno podría haber estado expuesto a cientos de productos antes de enfermar.
- A diferencia de los gérmenes que causan la mayoría de los brotes transmitidos por los alimentos, las bacterias responsables de la melioidosis pueden tardar de dos a tres semanas en enfermar a una persona. Esto amplía la ventana de tiempo que los investigadores necesitan explorar y significa que es menos probable que las personas recuerden todo a lo que estuvieron expuestas antes de enfermar.

Los CDC están pidiendo a los médicos que estén atentos a cualquier infección bacteriana aguda que no responda a los antibióticos normales y consideren la melioidosis, independientemente de si el paciente viajó fuera de Estados Unidos. Los CDC también instan a los médicos a no descartar la melioidosis como un posible diagnóstico en niños y en aquellos que anteriormente estaban sanos y sin factores de riesgo conocidos de melioidosis.

Aunque las personas sanas pueden contraer melioidosis, las afecciones médicas subyacentes pueden aumentar el riesgo de enfermedad. Los principales factores de riesgo son diabetes, enfermedad hepática o renal, enfermedad pulmonar crónica, cáncer u otra afección que debilita el sistema inmunológico. La mayoría de los niños que contraen melioidosis no tienen factores de riesgo. Las personas que experimenten tos, dolor de pecho, fiebre alta, dolor de cabeza o pérdida de peso inexplicable deben consultar a su médico.

Más de 2.000 personas en Bangladesh fueron hospitalizadas por dengue en los primeros nueve días de agosto, en medio de la alarmante situación por la COVID-19 que vive hoy el país.

Los pacientes aquejados de dicha patología en los centros hospitalarios aumentaron a 4.753 desde enero pasado, señalaron el Centro de Operaciones de Emergencia Sanitaria y la Sala de Control de la Dirección General de Servicios de Salud.



Del total de casos en los hospitales 4.554 (96%) son de la capital, Dacca.

Desde enero, 3.808 personas (79% de los pacientes) se curaron de la enfermedad, según las estadísticas oficiales.

La Dirección General de Servicios de Salud envió datos sobre 14 presuntas muertes por dengue al Instituto de Control e Investigación de Enfermedades Epidemiológicas para su confirmación.

En cuanto a la pandemia de COVID-19, las víctimas mortales por esa causa en el país aumentaron 8,0% tras la aparición hace tres meses de la variante Delta del SARS-CoV-2.

Bangladesh informó el 9 de agosto 245 nuevos fallecidos debido a la enfermedad, y 11.463 personas infectadas, apuntó la Dirección General de Servicios de Salud.

Con estas últimas cifras, el acumulado de casos de COVID-19 aumentó a un 1.365.158 y las defunciones a 22.897. El número de muertos por millón de habitantes se situó en 135, frente a los 71 registrados el 15 de mayo.

La Universidad Médica Bangabandhu Sheikh Mujib reveló que 98% de los casos estudiados se vinculan a la variante Delta del SARS-CoV-2.

Casi 80 personas en el distrito de Ponhea Leu, en la provincia de Kandal, han enfermado de fiebre chikungunya y dengue, aunque la mayoría ya se ha recuperado. Los funcionarios afirman que se enfermaron debido a sus deficientes estándares de higiene.

El gobernador del distrito de Ponhea Leu, Thorn Sovann, dijo el 9 de agosto que 78 personas en su distrito habían contraído fiebre chikungunya y/o dengue desde julio.

Sin embargo, gracias al trabajo de sus médicos, casi todos los pacientes ya se han recuperado y han sido dados de alta del hospital y solo seis de ellos siguen en tratamiento.

“No se trata de un brote a gran escala y sus enfermedades no fueron demasiado graves, por lo que no debería afectar sus vidas en el futuro porque casi todos ya se han recuperado”, dijo.

El director del Departamento de Hospitales de la provincia de Kandal, Kuoy Bunthoeurn, dijo que el brote se debió a que las personas tienen estándares de higiene deficientes durante la temporada de lluvias, lo que aumenta la población de mosquitos.

Agregó que después de recibir información sobre las infecciones, los funcionarios de salud fumigaron con insecticidas para combatir los mosquitos, y aplicaron un químico para eliminar sus larvas alrededor de las casas de las personas que habían sufrido las enfermedades.

Continuó diciendo que los funcionarios también habían educado a los aldeanos para que mantuvieran siempre buenos estándares de higiene y durmieran bajo mosquiteros para minimizar la cantidad de picaduras de mosquitos que reciben.

“Debido a que es la temporada de lluvias, hemos enviado a nuestros funcionarios para educar a la población y hacer uso del larvicida. Hacemos un llamado a la gente para que se deshaga de las cosas que actúan como criaderos para mosquitos y que no deje agua estancada cerca de sus casas porque es fuente de mosquitos y por lo tanto de agentes infecciosos”, afirmó.



Un operario fumiga las casas de los aldeanos en el distrito de Ponhea Leu, provincia de Kandal.

El Centro para la Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de Hong Kong está monitoreando de cerca un caso humano de influenza aviar A(H5N6) en China continental, y nuevamente instó al público a mantener una estricta higiene personal, alimentaria y ambiental tanto localmente y durante el viaje.

El caso involucra a una mujer de 55 años que vive en la ciudad de Chenzhou, provincia de Hunan, y que estuvo expuesta previamente a un mercado de aves de corral vivas antes de la aparición de los síntomas. Desarrolló síntomas el 26 de julio y fue ingresada para tratamiento el 1 de agosto. La paciente se encuentra en estado grave.

Desde 2014 hasta la fecha, las autoridades sanitarias de China continental han notificado 38 casos humanos de influenza aviar A(H5N6).

“Todas las infecciones por nuevos virus de influenza A, incluida A(H5N6), son enfermedades infecciosas de declaración obligatoria en Hong Kong”, dijo un portavoz del CHP.

Los viajeros al continente u otras áreas afectadas deben evitar visitar mercados de aves de corral vivas o granjas. Deben estar alerta a la presencia de aves de corral cuando visiten a familiares y amigos. También deben evitar comprar aves de corral vivas o recién sacrificadas y evitar tocar las aves de corral o sus excrementos. Deben observar estrictamente la higiene personal y de manos cuando visiten cualquier lugar con aves de corral vivas.

Los viajeros que regresen de las áreas afectadas deben consultar a un médico de inmediato si se presentan síntomas e informarle de su historial de viajes para un diagnóstico y tratamiento oportunos de posibles enfermedades. Es fundamental informar al médico si han visto aves de corral vivas durante el viaje, lo que puede implicar una posible exposición a ambientes contaminados. Esto permitirá al médico evaluar la posibilidad de influenza aviar y organizar las investigaciones necesarias y el tratamiento apropiado de manera oportuna.

Mientras existan medidas locales de vigilancia, prevención y control, el CHP permanecerá alerta y trabajará en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud y las autoridades sanitarias pertinentes para monitorear los últimos desarrollos.

Una persona con dengue fue diagnosticada en Toulon, departamento de Var. Esta persona ya superó la enfermedad. Este es el primer caso autóctono de dengue identificado este año en la región desde el inicio de la vigilancia estacional.

Se trata de un caso autóctono, ya que la persona contrajo la enfermedad en el territorio nacional y no ha viajó a una zona con circulación viral en los 15 días previos al inicio de los síntomas. El dengue se transmite de persona a persona a través de la picadura de un mosquito infectado con el virus del dengue.

Para evitar la propagación de la enfermedad, el barrio donde vive la persona afectada fue rápidamente fumigado para eliminar a los mosquitos adultos, y se procedió a la eliminación de los criaderos del insecto. Para ello, el Acuerdo Interdepartamental de Control de Mosquitos (EID) opera en la vía pública y en los jardines privados. Estas acciones de control de mosquitos van acompañadas de una campaña de información pública puerta a puerta y la distribución de folletos.

Acciones de campo para monitorear la propagación del virus

Paralelamente al control de los mosquitos, se están reforzando las acciones de vigilancia epidemiológica para identificar a las personas que podrían estar infectadas.

Varios equipos de la Agencia Regional de Salud (ARS), la Unidad Regional de Salud Pública de Francia y el Ayuntamiento de Toulon están realizando actualmente una encuesta entre el vecindario de la persona afectada. En esta ocasión, las personas que presenten o hayan presentado síntomas de la enfermedad en los días previos son invitadas a realizarse un análisis para poder beneficiarse de un diagnóstico biológico de dengue. Los equipos de intervención también recuerdan a la población la importancia de las medidas de prevención destinadas a protegerse de las picaduras de mosquitos y eliminar en el hogar todo aquello que pueda contener agua estancada y constituir un criadero para los mosquitos.

Finalmente, también se movilizan hospitales, médicos privados y laboratorios de análisis médicos del sector en cuestión, para identificar a las personas que pudieran presentar síntomas de dengue y reportarlos a la ARS. Acciones similares también se llevan a cabo en un distrito de la comuna de Hyères, que el afectado frecuentaba durante el período de incubación de la enfermedad.

El 6 de agosto de 2021, el Ministerio de Salud de Guinea informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de un caso confirmado de enfermedad por el virus de Marburg en la prefectura de Guéckédou, región de Nzérékoré, en el suroeste de Guinea. La aldea donde residió el caso está cerca de las fronteras con Sierra Leona y Liberia. Este es el primer caso conocido de enfermedad por el virus de Marburg en Guinea y en África Occidental.

El caso, de sexo masculino, inició los síntomas el 25 de julio. El 1 de agosto acudió a un pequeño centro de salud cerca de su aldea de residencia con síntomas de fiebre, dolor de cabeza, fatiga, dolor abdominal y hemorragia gingival. Se realizó una prueba de diagnóstico rápido de malaria que resultó negativa. El paciente recibió cuidados de apoyo con rehidratación, antibióticos parenterales y tratamiento para controlar los síntomas.

El 2 de agosto, murió en la comunidad y el centro de salud pública de la subprefectura envió una alerta al departamento de salud de la prefectura en Guéckédou. Tras la alerta, se desplegó un equipo de investigación compuesto por autoridades nacionales y expertos de la OMS para realizar una investigación en profundidad. El equipo recogió una muestra post-mortem de frotis oral, que se envió el mismo día al laboratorio de referencia de fiebre hemorrágica viral en Guéckédou. El 3 de agosto se realizó una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) que confirmó que la muestra era positiva para el virus de Marburg y negativa para el virus del Ébola.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud, junto con la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, la Alianza para la Acción Médica Internacional (ALIMA), la Cruz Roja, el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Internacional para las Migraciones y otros socios, han iniciado medidas para controlar el brote y prevenir una mayor propagación. El rastreo de contactos está en curso, junto con la búsqueda activa de casos en los establecimientos de salud y a nivel comunitario. Tres miembros de la familia y un trabajador de la salud fueron identificados como contactos cercanos de alto riesgo y su salud está siendo monitoreada.

El brote de enfermedad por el virus del Ébola más reciente en Guinea se declaró terminado el 19 de junio de 2021 y se estableció una red de trabajadores de salud comunitarios como parte de este brote reciente junto con un equipo técnico de la OMS que se ha quedado en el país para apoyar al gobierno en la implementación de un plan para mejorar la vigilancia de enfermedades. Este equipo ahora se ha reubicado para apoyar las actividades de respuesta del gobierno a este brote de enfermedad por el virus de Marburg.

El Ministerio de Salud ha activado los comités de gestión de emergencias nacionales y distritales para coordinar la respuesta, lo que incluye:

- Activación de un centro de operaciones de emergencia de salud pública y establecimiento de una base para apoyar a los trabajadores de respuesta en la subprefectura de Koundou.

- Investigación epidemiológica en profundidad en torno al caso confirmado para identificar el origen del brote: hasta la fecha, se ha identificado un total de 146 contactos y hasta el 8 de agosto, se ha dado seguimiento a 145 contactos.
- Búsqueda activa de casos sospechosos en la comunidad y en los centros de salud.
- Despliegue de un equipo de vigilancia y reuniones informativas para los trabajadores de la salud, con especial énfasis en la aldea donde se identificó el caso índice junto con las aldeas dentro de un radio de 15 kilómetros.
- Reforzamiento de la vigilancia de los puntos de ingreso y reciente revitalización del control sanitario en dos puntos de ingreso (Kiesseneye y Nongoa). Los tres principales puntos de ingreso desde Sierra Leona y Liberia están activos y los demás están en evaluación.
- Evaluación permanente de la capacidad de gestión de casos en los establecimientos de salud, en colaboración con ALIMA.
- Actividades de comunicación de riesgos en la comunidad.
- Actividades de prevención y control de infecciones (PCI) y sesiones informativas sobre PCI y normas de higiene, agua y saneamiento (WASH) en el centro de salud de Koundou, junto con sesiones informativas para la población de los voluntarios de la aldea de Temessadou M'Boket sobre entierros seguros y dignos.

Evaluación de riesgos de la OMS

La enfermedad por el virus de Marburg es altamente virulenta y propensa a epidemias asociada con altas tasas de letalidad (24-90%). En el curso temprano de la enfermedad, el diagnóstico clínico de enfermedad por el virus de Marburg es difícil de distinguir de otras enfermedades febriles tropicales, debido a las similitudes en los síntomas clínicos. Los diagnósticos diferenciales que deben excluirse incluyen la enfermedad por el virus del Ébola, así como la malaria, la fiebre tifoidea, la leptospirosis, la infección por rickettsias y la peste. La enfermedad por el virus de Marburg se transmite por contacto directo con la sangre, fluidos corporales y/o tejidos de personas infectadas o animales salvajes (por ejemplo, monos y murciélagos frugívoros).

En la actualidad, no existe ningún fármaco o terapéutica específicos aprobados para la enfermedad por el virus de Marburg. Sin embargo, los cuidados de apoyo que incluyen: monitoreo cercano de los signos vitales, reanimación con líquidos, monitoreo de electrolitos y ácido base junto con el manejo de coinfecciones y disfunción orgánica, son componentes críticos de cuidado y optimiza los resultados y la supervivencia de los pacientes. Se están desarrollando algunos anticuerpos monoclonales y se están explorando otros antivirales para combatir la enfermedad (por ejemplo, galidesvir, favipiravir, remdesivir) como parte de ensayos clínicos, pero sin resultados claros en el momento actual se requieren más pruebas y más estudios. Sin embargo, estos solo deben usarse como parte de un ensayo controlado aleatorio.

Al 7 de agosto, solo se ha confirmado un caso y los cuatro contactos cercanos de alto riesgo identificados son asintomáticos. Se están realizando investigaciones para identificar la fuente de la infección y los contactos adicionales del caso índice.

Guinea tiene experiencia previa en el manejo de enfermedades hemorrágicas virales recurrentes como la enfermedad por el virus del Ébola y la fiebre hemorrágica de Lassa, pero esta es la primera vez que reporta la enfermedad por el virus de Marburg. El país tiene un sistema de salud frágil, agravado por múltiples brotes de enfermedades, epidemias recurrentes y la pandemia de COVID-19. Las actividades de respuesta a brotes recientes como la enfermedad por el virus del Ébola, la COVID-19 y la fiebre de Lassa probablemente contribuyeron a la detección temprana y la respuesta a la enfermedad por el virus de Marburg en Guinea.

Las autoridades sanitarias de Guinea han respondido rápidamente a este evento y se están implementando rápidamente medidas para controlar el brote. La aldea afectada se encuentra en una zona boscosa remota ubicada cerca de la frontera con Sierra Leona y Liberia. El movimiento de población transfronterizo y la mezcla de comunidades entre Guinea y las vecinas Sierra Leona y Liberia pueden aumentar el riesgo de propagación transfronteriza y, como tal, el Ministerio de Salud y Saneamiento ha evaluado de manera proactiva la situación junto con las partes interesadas y los líderes de salud del distrito en Kono y se ha alertado a los distritos de Kailahun de Sierra Leona. Las autoridades sanitarias de Sierra Leona y Liberia han activado planes de contingencia y han iniciado medidas de salud pública en los puntos de entrada con Guinea.

Estos factores sugieren un alto riesgo a nivel nacional, requiriendo una respuesta inmediata y coordinada con el apoyo de socios internacionales. El riesgo a nivel regional es alto, debido al hecho de que la prefectura de Guéckédou está bien conectada con Liberia y Sierra Leona, aunque las autoridades ya están tomando medidas. El riesgo asociado al evento a nivel global es bajo.

Consejos de la OMS

La transmisión de persona a persona del virus de Marburg se asocia principalmente con el contacto directo con sangre y/o fluidos corporales de personas infectadas. Se ha informado de transmisión asociada con la prestación de asistencia sanitaria cuando no se han implantado las medidas adecuadas de control de infecciones.

Los trabajadores de la salud siempre deben implementar las precauciones estándar cuando atienden a cualquier paciente, independientemente de su presunto diagnóstico. Estos incluyen higiene de manos, higiene respiratoria y etiqueta para la tos, uso de equipo de protección personal (EPP) basado en riesgos, prácticas de inyección seguras, limpieza y desinfección ambiental, manejo apropiado de ropa y desechos, y descontaminación de equipo médico reutilizable.

Otras medidas clave de prevención y control de infecciones asociadas a la atención médica incluyen el reconocimiento temprano (detección, triaje) junto con el aislamiento y monitoreo de casos sospechosos, la investigación de los trabajadores de la salud expuestos a los casos de enfermedad por el virus de Marburg, la vigilancia hospitalaria de los casos de esta enfermedad y las prácticas de entierro seguras y dignas en ambientes comunitarios.

Los trabajadores sanitarios que atienden a pacientes con la enfermedad por el virus de Marburg sospechosos o confirmados deben aplicar medidas de control de infecciones preventivas adicionales para evitar el contacto con los fluidos corporales del paciente y/o superficies contaminadas. Esto incluye los siguientes elementos de protección personal: protección facial (un protector facial o un barbijo y gafas médicas), una bata de manga larga limpia y no esterilizada y guantes. Esto enfatiza aún más la importancia del equipo de protección personal fácilmente disponible en las instalaciones de atención médica, áreas apropiadas para ponerse y quitárselo, suministros de prevención y control de infecciones y capacitación sobre su uso adecuado.

Los trabajadores de laboratorio también están en riesgo. Las muestras tomadas de seres humanos y animales para la investigación de la infección por el virus de Marburg deben ser manipuladas por personal capacitado y procesadas en laboratorios debidamente equipados.

Las actividades de vigilancia, incluida la localización de contactos y la búsqueda activa de casos, deben reforzarse en todas las zonas sanitarias afectadas. Por lo tanto, se recomienda que

los países vecinos intensifiquen su vigilancia de fiebres hemorrágicas virales en las comunidades fronterizas y los establecimientos de salud, así como que fortalezcan la participación de la comunidad en la notificación de alertas y las medidas preventivas.

La comunicación de riesgos y la participación de la comunidad son claves para controlar con éxito los brotes. Concienciar sobre los factores de riesgo de la infección por el virus de Marburg y las medidas de protección que las personas pueden tomar para reducir la exposición humana al virus es importante para reducir las infecciones y las muertes. Los mensajes clave de comunicación de salud pública que se proporcionarán a las comunidades afectadas incluyen los siguientes:

- Cómo reducir el riesgo de transmisión en la comunidad derivado del contacto directo o cercano con pacientes infectados, particularmente con sus fluidos corporales. Debe evitarse el contacto físico cercano con pacientes de enfermedad por el virus de Marburg. Cualquier caso sospechoso de la enfermedad debe ser trasladado de inmediato a un centro de salud para su tratamiento y aislamiento; durante este traslado se debe usar equipo de protección personal apropiado. Se debe realizar una higiene de manos regular después de visitar a cualquier persona enferma.
- Los líderes y trabajadores de la salud de las comunidades afectadas por la enfermedad por el virus de Marburg deben esforzarse por garantizar que la población esté bien informada. Esto se refiere a informar a la comunidad sobre la naturaleza de la enfermedad, para evitar una mayor transmisión, la estigmatización de la comunidad y fomentar la presentación temprana en los centros de tratamiento y otras medidas necesarias de contención del brote, incluido el entierro seguro de los muertos. Las personas que han muerto por la enfermedad por el virus de Marburg deben ser enterradas de forma rápida y segura.

Para reducir el riesgo de transmisión de los animales silvestres a los humanos, como a través del contacto con murciélagos frugívoros, monos y simios, se deben comunicar los siguientes consejos:

- Manipular la fauna silvestre junto con la higiene de manos habitual y, cuando sea posible, con guantes y otra ropa protectora adecuada.
- Cocinar bien los productos de origen animal (sangre y carne) antes de consumirlos y evitar el consumo de carne cruda.
- Durante las actividades de trabajo o investigación o visitas turísticas en minas o cuevas habitadas por colonias de murciélagos frugívoros, las personas deben usar máscaras y guantes.

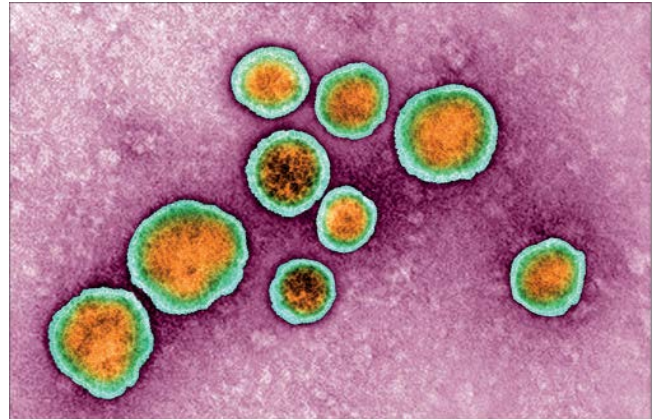
Sobre la base de la evaluación de riesgos actual y la evidencia previa sobre los brotes de enfermedad por el virus del Ébola, la OMS desaconseja cualquier restricción de viajes y comercio hacia y desde Guinea.

El Centro de Protección y Vigilancia de la Salud (HPSC) de Irlanda, notificó 459 casos de sífilis en el país hasta el 11 de agosto. Esto representa un aumento de 126 casos, o 37,84% en comparación con el mismo período de 2020, cuando se registraron 333 casos.

La sífilis es una enfermedad que se trata fácilmente pero es muy infecciosa, y muchas personas con la afección a menudo no desarrollan síntomas.

El Servicio Ejecutivo de Salud de Irlanda, indicó que si no se trata, la sífilis puede causar problemas de salud graves en el corazón, el cerebro, los ojos y el sistema nervioso, que podrían tardar años en desarrollarse. También puede pasar de las mujeres embarazadas a sus hijos, lo que puede causar daños graves en fetos y neonatos.

Un nuevo [informe](#) de la Academia de Ciencias Médicas advirtió que el Reino Unido podría enfrentar brotes excepcionalmente grandes de virus sincicial respiratorio e influenza durante el otoño e invierno de 2021-22. El aumento de las infecciones podría superponerse con el aumento en los casos de COVID-19 que se espera que siga al levantamiento de las restricciones de confinamiento en todo el país.



El sistema de salud debe planificar una alta carga de enfermedades respiratorias, y el gobierno deberá implementar pruebas conjuntas en el punto de atención para la influenza, la COVID-19 y el virus sincicial respiratorio, y garantizar que la vacuna contra la influenza sea ampliamente utilizada por las poblaciones elegibles.

La advertencia refleja en parte el éxito de las precauciones que se han implementado contra el SARS-CoV-2. El uso del barbijo, el distanciamiento físico y las restricciones a los movimientos de la población han reducido drásticamente la transmisión de patógenos respiratorios como el virus sincicial respiratorio y la influenza. Los hospitales de Italia y Francia informaron caídas de más de 80% en el número de pacientes pediátricos tratados por bronquiolitis aguda durante la temporada 2020-21, en comparación con años anteriores. Australia, Chile y Sudáfrica registraron solo 51 casos de influenza entre los tres durante todo el invierno del Hemisferio Sur de 2020. En Estados Unidos, la temporada de influenza 2020-21 fue la más leve desde al menos 1997, el primer año del que se dispone de registros.

La gran mayoría de los niños contraen el virus sincicial respiratorio antes de los 2 años. Pero ahora existe una enorme cantidad de niños que no han estado expuestos al virus durante 18 meses a 2 años. Cuanto mayor sea la población susceptible, mayor será el riesgo de un brote considerable una vez que el virus comience a circular.

Inglaterra suspendió casi todas sus restricciones de confinamiento el 19 de julio de 2021. Está previsto que Escocia y Gales hagan lo mismo a mediados de agosto. A pesar de que quedan varias semanas de verano, los casos de virus sincicial respiratorio están aumentando (Estados Unidos también está experimentando un aumento fuera de temporada en las detecciones de virus sincicial respiratorio). Queda por ver si esto se traducirá en un aumento de las hospitalizaciones. El informe recomienda que las salas pediátricas y las unidades de cuidados intensivos pediátricas estén preparadas para una posible afluencia de pacientes con virus sincicial respiratorio, de lo contrario podrían verse sobrepasadas. Los estudios de modelado realizados para el informe sugirieron que un escenario razonablemente desfavorable para el virus sincicial respiratorio implicaría un brote en algún lugar en la región 1,5-2,0 veces mayor que el de un año típico, suponiendo que el Reino Unido se mantenga fuera del confinamiento.

Los resultados de los estudios de modelos para la influenza fueron similares. Probablemente se haya producido una disminución de la inmunidad a la influenza, además de que no ha ha-

bido suficientes casos en otras partes del mundo para ofrecer una idea sólida de lo que debe incluirse en la vacuna. La benigna temporada de influenza 2019-20 en el Reino Unido podría haber reducido aún más la inmunidad de la población.

Muchos aspectos son inciertos. Se desconoce qué ocurrirá con el virus de la influenza cuando regrese. ¿Cuánto evolucionó el virus durante este período de poquísimos casos? ¿Prevalecerá una cepa a la que las personas hayan estado expuestas o contra las que se hayan vacunado en el pasado? No está claro cómo responderán los británicos a la flexibilización de las restricciones de confinamiento. Sin mandatos nacionales para cuestiones como el uso del barbijo y el distanciamiento, mucho se reducirá al comportamiento individual y nadie sabe realmente cómo cambiará el comportamiento de las personas. Muchos piensan que las poblaciones vulnerables deberían seguir usando el barbijo en lugares públicos abarrotados.

Los hospitales tendrán que identificar rápidamente qué pacientes tienen influenza y cuáles tienen COVID-19, y asegurarse de que los dos grupos se mantengan separados entre sí y de los pacientes vulnerables que no tienen ningún síntoma respiratorio. No es una tarea fácil, especialmente si los virus surgen al mismo tiempo.

En el centro de la respuesta estarán las vacunas contra la COVID-19 y la influenza. Más de la mitad de la población del Reino Unido se ha vacunado por completo contra la COVID-19. Todos los adultos del país ahora son elegibles para la primera dosis de la vacuna. En 2020-21, el uso de la vacuna contra la influenza fue de 76,8% para los trabajadores de atención médica de primera línea y de 80,9% para las personas mayores de 65 años. Finalmente, el sistema de atención médica solo tuvo que lidiar con la COVID-19 el invierno pasado. Este año podría ser muy diferente: podría ocurrir que el virus sincicial respiratorio, la influenza y el SARS-CoV-2 circulen al mismo tiempo, y simplemente nadie sabe cómo se puede presentar este escenario.

En Daguestán, el departamento regional del Ministerio de Salud notificó el segundo caso humano de carbunco cutáneo en los últimos 10 meses. Esta vez, la enfermedad fue confirmada en un residente de 52 años de la aldea de Kakashura, dijo el ministerio. El residente fue ingresado en un hospital de enfermedades infecciosas. Los médicos confirmaron que presentaba la forma cutánea de esta enfermedad que es más fácil de tratar que las formas pulmonar y gastrointestinal. Actualmente el estado del paciente se evalúa como moderado.



El departamento informó que la persona hospitalizada se dedicaba a destazar ganado después del sacrificio. Los médicos ahora están monitoreando la salud de quienes han estado en contacto con el paciente.

Luego de la confirmación de la transmisión de la enfermedad a humanos, se creó una comisión interdepartamental en la región para investigar las causas y el origen de la infección, así como conocer el grupo de personas que podrían haber estado más expuestas y que corren riesgo de estar infectadas.

En octubre de 2020, se confirmó la transmisión de la enfermedad a humanos en la aldea de Kakamakhi, región de Karabudakhkent, donde cinco personas fueron hospitalizadas con sospecha de carbunco.²

² Daguestán es una república autónoma de Rusia. Es pequeña (50.246 km² de superficie y una población de 2,9 millones de habitantes) en la costa noroeste del Mar Caspio, y linda con Azerbaiyán, Chechenia y Georgia.

Últimamente, la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) ha informado de brotes limitados en 2005, 2010 y 2012, pero nada desde entonces. Debido a los disturbios civiles en el país, se puede suponer que la enfermedad no está siendo informada, aunque es esporádica. Este caso aparentemente singular resultó una vez más del descuido de un toro que había muerto de carbunco. No sería extraño que hubiera otros animales muertos por carbunco en esta aldea al mismo tiempo.

Entre los pasajeros del tren que une Murmansk con Adler se registró un brote de norovirus que afectó a 87 niños, los cuales están siendo tratados en los hospitales de Kuban. Al 8 de agosto, hay 67 menores en tratamiento en Tuapse, 12 en Apsheronk, y 8 en Belorechensk. Los médicos evalúan la condición de los niños como leve y moderada.

En total, 246 niños y 24 acompañantes viajaban en el tren. El resto de los niños fueron llevados a los balnearios de la región de Tuapse.

Se determinó que causa del brote entre los niños hospitalizados del tren Murmansk-Adler en el territorio de Krasnodar fue un norovirus.

En la madrugada del 7 de agosto, 20 niños, pasajeros del tren, con signos de infección intestinal, fueron hospitalizados en Belorechensk y Apsheronk. Posteriormente, el número de víctimas aumentó a 56 personas.

Se abrió una causa penal por el hecho. El empleado del vagón restaurante, donde los niños comieron antes de la intoxicación.³

³ El norovirus, también llamado virus de Norwalk, es un género de virus ARN de la familia Caliciviridae, responsable de 50% de los brotes de gastroenteritis por intoxicación alimentaria en Estados Unidos. Puede afectar a personas de cualquier edad, se transmiten por consumo de alimentos contaminados, aguas fecales o por contacto entre personas.

La infección por norovirus se caracteriza por náuseas, vómitos, diarrea líquida y dolor abdominal. En general, los pacientes afectados se encuentran débiles y presentan dolores musculares, dolor de cabeza y fiebre leve. La enfermedad tiene un curso benigno; las infecciones graves son raras. Aunque sufrir de una infección por norovirus es sumamente incómodo, generalmente no es peligroso y la mayoría de quienes contraen la enfermedad se recuperan en dos o tres días.

El norovirus provoca alrededor de 685 millones de casos de enfermedad y 200.000 muertes al año en todo el mundo. Es común tanto en el mundo desarrollado como en desarrollo. Los menores de cinco años son los más afectados, y en este grupo se producen unas 50.000 muertes en el mundo en desarrollo. Las infecciones por norovirus ocurren con mayor frecuencia durante los meses de invierno.

Después de la infección, la inmunidad al norovirus generalmente es incompleta y temporal. Hay una predisposición hereditaria a la infección y algunas personas están más predispuestas a padecer la enfermedad. A menudo, los brotes de norovirus se producen en comunidades cerradas o semicerradas como, por ejemplo, hospitales, cárceles, residencias y cruceros, en los que, una vez que el virus se ha introducido, la infección se propaga muy rápidamente, ya sea por transmisión entre personas o a través de alimentos contaminados. Muchos de los brotes se deben a la manipulación de alimentos por una persona infectada.

Cuando una persona se infecta con norovirus, éste se replica en el intestino delgado. El síntoma principal es la gastroenteritis aguda, caracterizada por náuseas, vómitos intensos, diarrea acuosa y dolor abdominal, que se desarrolla entre 12 y 48 horas después de la exposición y dura de 24 a 72 horas. A veces hay pérdida del gusto, letargo general, debilidad, dolores musculares, dolor de cabeza, tos o fiebre baja. La enfermedad suele ser autolimitada. La enfermedad grave es rara; aunque las personas son tratadas con frecuencia en la sala de emergencias, rara vez son admitidas en el hospital. Se estima que el número de muertes por norovirus en Estados Unidos es de alrededor de 570 a 800 cada año, y la mayoría de ellas ocurren en los muy jóvenes, los ancianos y las personas con sistemas inmunitarios debilitados. Los síntomas pueden llegar a poner en peligro la vida en estos grupos si se ignora o no se trata la deshidratación o el desequilibrio electrolítico.

El norovirus se inactiva con temperaturas elevadas o mediante desinfectantes a base de cloro. Sin embargo, debido a que las partículas del virus no tienen envoltura de lípidos, es menos sensible a la acción de alcoholes y detergentes.

Italia, Francia y Grecia han hecho que la vacunación contra la COVID-19 sea obligatoria para los trabajadores de la salud, e Inglaterra está haciendo que sea obligatoria para los trabajadores en hogares de cuidados y está consultando sobre la posibilidad de extenderla a los trabajadores de la salud y otro personal de atención social.

“La seguridad del paciente es, en última instancia, responsabilidad de las instituciones de atención sanitaria y social, y tienen el deber de emplear únicamente a trabajadores cuya presencia no ponga a los pacientes en un riesgo innecesario de sufrir daños graves”, sostiene Michael Parker, de la Universidad de Oxford.

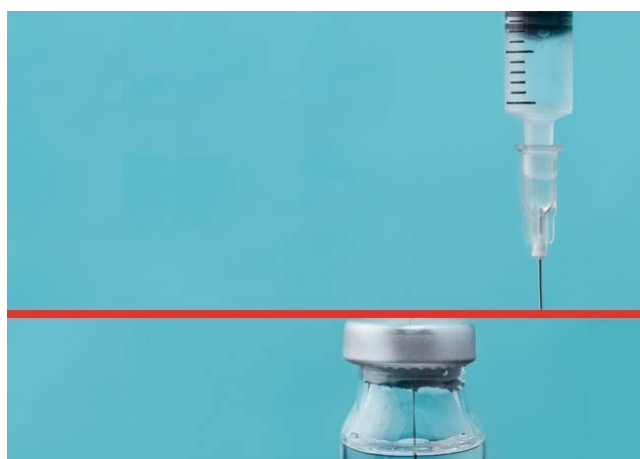
“El personal también tiene responsabilidades y debe estar dispuesto a aceptar la vacuna a la luz de la evidencia de que ayudará a proteger a los pacientes y representa un riesgo bajo para ellos mismos”, señaló. “Los trabajadores sanitarios cuyo estado de no vacunado suponga un riesgo para los pacientes tienen la obligación de aceptar la vacunación”, enfatizó.

“Si bien se debe alentar al personal a vacunarse, aquellos que no lo hacen, debido a una contraindicación médica o son reacios, deben alejarse de los roles de primera línea, idealmente de inmediato”, dijo Parker.

“La preocupación de que el traslado de personal pueda poner a los pacientes en mayor riesgo debido a problemas de contratación, no es una justificación para no hacer nada”, dijo. Si no es posible garantizar rápidamente que los pacientes sean atendidos por personal vacunado, para cumplir con sus obligaciones de proteger a los pacientes, los empleadores deberían hacer obligatorio que todo el personal de primera línea restante sin una contraindicación médica grave sea vacunado.

Helen Bedford, del Instituto de Salud Infantil Great Ormond Street, Londres, argumenta que la vacunación obligatoria es “un instrumento contundente para abordar un problema complejo”.

“No es necesaria, aceptable o la forma más efectiva de lograr una alta aceptación y plantea serios problemas éticos sobre la libertad de elección”, dijo.



En Inglaterra, la aceptación de la vacunación contra la COVID-19 entre el personal del Sistema Nacional de Salud (NHS) y los hogares de ancianos es generalmente alta, argumentó: 90% y 87%, respectivamente, han recibido al menos una dosis.

Se sabe que la aceptación es menor entre algunos grupos étnicos minoritarios, muchos de los cuales trabajan en los sectores de la atención sanitaria y social, y en roles de atención al paciente.

“La vacunación obligatoria puede parecer una solución sencilla, que requiere menos recursos que otras intervenciones, pero tiene desventajas. En particular, puede correr el riesgo de aumentar la resistencia a la vacunación al dañar la confianza en el gobierno y otras organizaciones”, advirtió.

“Explorar las razones de la reticencia a las vacunas entre estos trabajadores es fundamental para informar las intervenciones para mejorar la aceptación, y un enfoque de ‘escucha activa’ para proporcionar información junto con los defensores y embajadores de las vacunas de las minorías étnicas y los colegas médicos de alto nivel ayuda a generar confianza”, dijo. Estas estrategias también pueden ayudar a mejorar la confianza en la vacuna entre la población en general, ya que los trabajadores de la salud, junto con el NHS, son la fuente de información más confiable para el público sobre la vacuna contra la COVID-19.

Dos comentarios acompañan al debate. En uno, Michael Mittelman describe los riesgos que representa el personal no vacunado para los pacientes inmunodeprimidos.

“La vacunación obligatoria debe incluir a todo el personal que tiene contacto con los pacientes, incluidas las personas que entregan las comidas, el personal que ayuda a los residentes de atención de ancianos, los técnicos de emergencia, el personal de limpieza, etc., así como los médicos y enfermeras. No poder confiar en el trabajador de la salud que me trata, o en la persona que me trae la comida, genera ansiedad a medida que se propagan las variantes del SARS-CoV-2”.

En el otro, Nadra Ahmed, presidenta de la National Care Association, advirtió que el sector de residencias de ancianos del Reino Unido ya se encuentra en un estado “frágil” debido a problemas de contratación y que “la suposición más peligrosa es que el personal que se retire será reemplazado fácilmente”. Si el personal que aún no ha recibido una vacuna dejara, potencialmente, un 13% adicional de los servicios de atención sería insostenible, dijo.

“La transmisión en la comunidad sigue siendo alta y el personal vacunado puede ser portador del virus, así como los visitantes no vacunados, incluidos familiares, amigos y trabajadores de la salud”, agregó.⁴

⁴ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Arte y pandemia



Famosas obras de arte reinventadas en Escocia en tiempos de la pandemia de COVID-19: 'El grito' de Edvard Munch, 'Gótico Americano' de Grant Wood y 'La chica del pendiente de perlas' de Jan Vermeer.

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.