

ARGENTINA

- Vigilancia de síndrome urémico hemolítico

AMÉRICA

- Bolivia: Los casos de rabia se duplican en Cochabamba y hay cuatro municipios en emergencia
- Brasil: Alagoas registró 11 casos de sarampión en lo que va del año
- Estados Unidos: Se registraron más de 400 casos de ciclosporiasis durante el último mes

- Estados Unidos: Las muertes diarias por COVID-19 aumentaron 131% en agosto

- Haití: Medio millón de niños en riesgo de contraer enfermedades transmitidas por el agua

EL MUNDO

- África: La vacuna contra el VPH podría reducir el riesgo de adquirir el VIH en mujeres
- China: Se detectaron 162 casos humanos de carbunco en lo que va de 2021

- India: Reapareció el virus Nipah en Kerala

- Japón: Más de 4.300 casos de sífilis en los primeros ocho meses del año

- Sudáfrica: Identifican un nuevo linaje del SARS-CoV-2

- Sudan del Sur: Situación epidemiológica de la hepatitis E

- Situación epidemiológica de la poliomielitis a nivel global

- Cómo ha afectado la pandemia de la COVID-19 a la natalidad

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

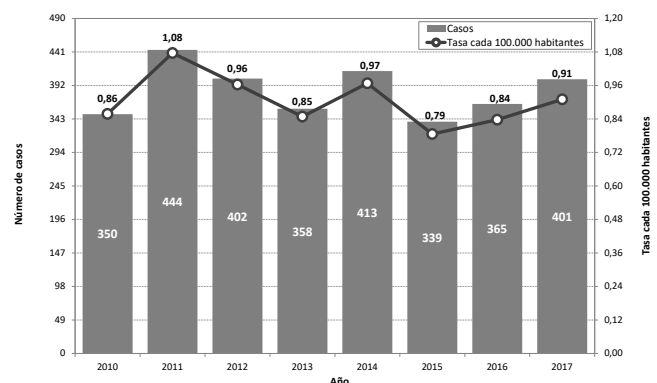
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una enfermedad de comienzo agudo con anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, y compromiso renal agudo que se presenta generalmente a continuación de un episodio de diarrea con o sin sangre. Estos síntomas pueden acompañarse con fiebre, vómitos, dolor abdominal, y anuria u oliguria. Además, puede afectar otros órganos como el sistema nervioso central, los pulmones, el páncreas y el corazón, y llevar a la muerte debido a complicaciones neurológicas, intestinales, cardíacas o a infecciones intercurrentes. El período de incubación puede variar entre 2 y 10 días, con una media de 3 a 4 días, y el de transmisibilidad se podría extender hasta tres semanas o más en los niños y una semana o menos en los adultos, después del comienzo de la diarrea.

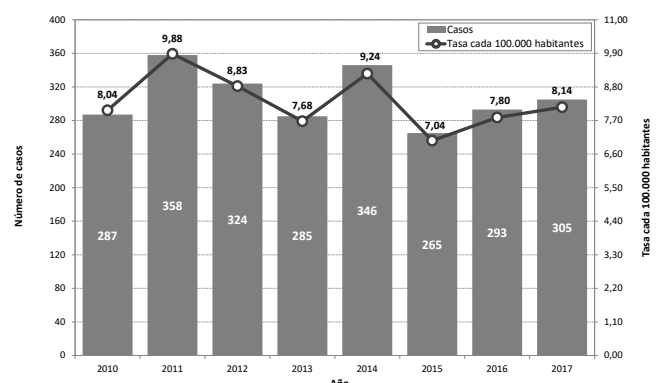
En Argentina, el agente etiológico más comúnmente asociado al SUH es un patógeno zoonótico transmitido por los alimentos y el agua, *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC), cuyo serotipo más frecuente es O157:H7, aunque hay más de 100 serotipos que poseen un potencial patogénico similar.

Situación en Argentina. Años 2019-2020

Se registraron 343 casos de SUH en 2019, y 305 casos en 2020. En ambos años el número es inferior a la mediana y al promedio de casos para el mismo período de los ocho años previos (2010-2018). La incidencia acumulada hasta la SE 52 de 2019 asciende a 0,76 casos cada 100.000 habitantes y de 0,67 casos cada 100.000 habitantes para 2020. De los 343 casos notificados en 2019, 272 (79%) corresponden a menores de 5 años, con una incidencia acumulada de 7,30; y en el año 2020, 235 de los 305 (77%) casos notificados corresponden a este grupo de edad, con una incidencia acumulada de 6,33.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2010/2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes en menores de 5 años. Argentina. Años 2010/2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Tanto en 2019 como en 2020, la región Centro concentró la mayor cantidad de los casos del país; sin embargo, la tasa más elevada a nivel regional en 2019 se observa en la región Sur, con 1,66 casos cada 100.000 habitantes en 2019, y también en 2020 con una incidencia acumulada de 1,54.

En 2019, la incidencia acumulada más alta se encontró en Tierra del Fuego (3,55), seguida de Río Negro (1,76), Santa Cruz (1,68), Neuquén (1,53) y Chubut (1,48) en la Región Sur, Mendoza (1,22) de la Región Cuyo, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA, 1,14), en la Región Centro

En 2020, las provincias con incidencia acumulada más altas continuaron siendo las de la Región Sur del país, con Chubut (2,75), Neuquén (1,96) y La Pampa (1,67), seguidas por Mendoza (1,41) de la Región Cuyo.

En el año 2019, el 44% de los casos se concentró en el grupo de 2 a 4 años, y la incidencia acumulada de notificación más alta se observó en el grupo de 1 año, con 13,7 casos cada 100.000 niños. Para el año 2020, también 45,9% de los casos se concentró en el grupo de 2 a 4 años, y se presentó una incidencia acumulada de 9,7 casos cada 100.000 niños en el grupo de 1 año. En 2019 y 2020, no se observaron diferencias significativas en la distribución de los casos por sexo.

Provincia/Región	2019		2020	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	35	1,14	28	0,91
Buenos Aires	148	0,85	108	0,62
Córdoba	37	0,99	35	0,93
Entre Ríos	9	0,66	8	0,58
Santa Fe	19	0,54	17	0,48
Centro	248	0,85	196	0,67
Mendoza	24	1,22	28	1,41
San Juan	1	0,13	4	0,51
San Luis	1	0,20	5	0,98
Cuyo	26	0,80	37	1,13
Corrientes	3	0,27	2	0,18
Chaco	3	0,25	5	0,42
Formosa	1	0,17	2	0,33
Misiones	—	—	—	—
Noreste Argentino	7	0,17	9	0,21
Catamarca	1	0,24	1	0,24
Jujuy	1	0,13	2	0,26
La Rioja	1	0,26	—	—
Salta	6	0,43	10	0,70
Santiago del Estero	1	0,10	1	0,10
Tucumán	4	0,24	4	0,24
Noroeste Argentino	14	0,25	18	0,32
Chubut	9	1,48	17	2,75
La Pampa	4	1,13	6	1,67
Neuquén	10	1,53	13	1,96
Río Negro	13	1,76	8	1,07
Santa Cruz	6	1,68	1	0,27
Tierra del Fuego	6	3,55	—	—
Sur	48	1,66	45	1,54
Total Argentina	343	0,76	305	0,67

Casos y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia de residencia y región. Argentina. Años 2019-2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Opinión

BOLIVIA

LOS CASOS DE RABIA SE DUPLICAN EN COCHABAMBA
Y HAY CUATRO MUNICIPIOS EN EMERGENCIA

25/08/2021

Los casos de rabia canina y felina se duplicaron este año en Cochabamba en comparación con la gestión pasada y son cuatro los municipios que se declararon en emergencia.

Así lo confirmó la responsable del programa contra la rabia del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Ingrid Álvarez Hidalgo, quien indicó que en 2020 se reportaron 20 casos y este año ya suman 45 y cuatro personas fallecidas.

Álvarez indicó que los municipios de Tarata, Arbieta, Cliza y Sipe Sipe fueron declarados en emergencia por la cantidad de casos de rabia canina y felina, lo que significa que estos municipios deberán fortalecer las acciones preventivas y garantizar la vacunación para las mascotas y las personas.

El jefe de la Unidad de Epidemiología del SEDES, Rubén Castillo Quino, explicó que la población canina y felina en el departamento supera los 600.000 animales.

Asimismo, anunció que el 11 de septiembre se realizará una campaña masiva de vacunación a las mascotas para completar o iniciar esquemas de vacunación.

Entre tanto, Álvarez Hidalgo hizo un llamado de atención a las familias cochabambinas y pidió a la población ser más responsable y llevar a su mascota a vacunarse en los centros de salud de Cercado, y si se encuentra en otros municipios acudir a hospitales de cabecera y centros de salud donde cuentan con la vacuna contra la rabia.



La Secretaría del Estado de Salud (SESAU) de Alagoas aclaró que el sarampión es una enfermedad infecciosa exantemática aguda, transmisible y extremadamente contagiosa, que puede ser grave, progresar a complicaciones infecciosas y la muerte, particularmente en niños desnutridos y menores de un año. La transmisión se produce de persona a persona, a través de las secreciones respiratorias, en el período de seis días antes de la aparición de la erupción, hasta cuatro días después de su aparición. En los últimos años se han reportado casos de sarampión en varias partes del mundo y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los países de los continentes europeo y africano registraron el mayor número de casos de la enfermedad.

En Alagoas, este año se confirmaron 11 casos de la enfermedad, 10 en Capela y uno en Maceió, en mayo y junio, cuyos pacientes fueron tratados de forma ambulatoria, sin necesidad de hospitalización. Ante esta situación, la SESAU, en conjunto con las respectivas Secretarías Municipales de Salud (SMS), llevó a cabo acciones de vigilancia, que culminaron en la investigación de casos, seguimiento y control. En el caso de Capela, se realizó un bloqueo selectivo con vacunas, una encuesta de vacunación en menores de cinco años, un barrido vacunal, la búsqueda activa de casos entre contactos domiciliarios y vecinos y, en el caso de Capela, se pusieron a disposición de la SMS 5.000 dosis de la vacuna triple viral, con el objetivo de realizar un barrido vacunal y el bloqueo de vacunación en la ciudad.

Como medida preventiva, la SESAU aconsejó a los padres acudir a los puestos de vacunación e inmunizar a sus hijos con una dosis cero de vacuna triple viral, que está destinada a niños de 6 a 11 meses y 29 días de edad. También es fundamental que mantengan al día el calendario de vacunación, que prevé la aplicación de una dosis a los 12 meses, con la vacuna triple viral y, a los 15 meses, con la vacuna tetra viral (triple viral más varicela), respetando el intervalo de 30 días entre dosis. En cuanto a los profesionales de la salud, deben estar inmunizados con dos dosis de la vacuna triple viral, las personas de 5 a 29 años que no estén vacunadas o con esquema incompleto deben vacunarse con dos dosis de triple viral, y las personas de 30 a 59 años no vacunadas deben recibir una dosis de triple viral.¹

¹ El estado de Alagoas estuvo 19 años sin registrar casos de sarampión, pero la enfermedad volvió a circular en 2019. En 2020, se confirmaron tres casos en Alagoas.

Según el Ministerio de Salud federal, el virus del sarampión se encuentra en circulación en seis estados del país: Alagoas, Pará, São Paulo, Amapá, Ceará y Rio de Janeiro.

Ocho municipios de Alagoas solicitaron una investigación sobre sarampión en 2021. Uno de ellos fue Capela, en Zona da Mata, que envió muestras tomadas de un niño de un año a la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ).



Durante el mes de agosto, se informaron 402 casos autóctonos de ciclosporiasis en Estados Unidos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). El organismo continúa recibiendo estos informes, que desde mayo han sumado 864 casos en 34 estados.

El parásito *Cyclospora cayetanensis* no ha provocado muertes este año, pero ha causado la hospitalización de 59 personas. La fecha promedio de inicio de los síntomas es el 24 de junio de 2021, con un rango de fechas de inicio que va desde el 1 de mayo hasta el 7 de agosto de 2021.

Según informes de 34 estados y la ciudad de New York, ninguna de las 864 personas que padecieron ciclosporiasis informó haber viajado internacionalmente durante los 14 días antes de enfermar.

En los últimos años, los brotes de casos autóctonos de ciclosporiasis en Estados Unidos se han relacionado con varios tipos de productos frescos, como albahaca, cilantro, lechuga de mezclum, frambuesas y guisantes.

Según los CDC, los casos autóctonos se informan durante todo el año, pero se produce un aumento en los meses de primavera y verano. El momento exacto y la duración de estos brotes pueden variar, pero generalmente van de mayo a septiembre.

El retiro del mercado por *Cyclospora* más reciente ocurrió en junio, que involucró cajas de arándanos frescos. Antes de eso, hubo cuatro retiros de albahaca orgánica en febrero de 2021 y noviembre de 2020. Si bien la albahaca puede estar contaminada con el parásito, los CDC no han dicho que ninguno de estos retiros esté asociado con los cerca de 900 casos.

C. cayetanensis generalmente se transmite cuando cantidades microscópicas de heces infectadas contaminan los alimentos o el agua, según la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos. Es poco probable que se transmita directamente de persona a persona, porque el parásito necesita tiempo –días o semanas– para volverse infeccioso para otra persona después de haber sido expulsado en una evacuación intestinal.²

² *Cyclospora cayetanensis* un protista del filo Apicomplexa que causa ciclosporiasis en los seres humanos y tal vez en otros primates. Los riesgos para la salud asociados con la enfermedad están por lo general limitados a los viajeros que visitan regiones endémicas y adquieren la infección: esta es la razón por la que *C. cayetanensis* ha sido etiquetada como una de las causas de "la diarrea del viajero". El único huésped conocido para *C. cayetanensis* es el ser humano.

La incidencia y prevalencia de la infección por *C. cayetanensis* se desconocen, en parte por la baja asistencia a consulta médica de las personas con cuadros diarreicos, la poca sensibilidad de las técnicas de laboratorio disponibles, la baja frecuencia de uso de las técnicas diagnósticas que pueden detectar a este patógeno y el número reducido de ooquistes que aparece en las heces del paciente.

Esta infección está siendo reportada en forma creciente en numerosos países a escala mundial, incluyendo Guatemala, Venezuela, Nueva Guinea, Cuba, Brasil, Estados Unidos, Canadá, Haití, Colombia, Turquía, Perú, Vietnam, Nepal, Egipto, entre otros. La mayor parte de las notificaciones, proviene de estudios realizados en viajeros internacionales, inmunodeprimidos y escolares.

En áreas endémicas es frecuente la presencia de portadores sanos, que no manifiestan síntomas. En los casos sintomáticos, después de un período de incubación promedio de 7 días, las personas infectadas comienzan con un cuadro diarreico caracterizado por un número de entre 4 y 10 deposiciones diarias, acuosas, abundantes, con flema, pero sin sangre. También son frecuentes los dolores abdominales, náuseas, vómitos, anorexia, fatiga, flatulencia, pérdida de peso significativa, y en 1% de los casos fiebre y escalofríos. Síntomas como mialgias y artralgias pueden preceder al cuadro diarreico.

En general, las infecciones son autolimitadas en adultos sanos, pero pueden prolongarse en personas con determinado grado de compromiso inmunitario y aún sin este, resultando en una diarrea crónica asociada a náuseas, vómitos, dolor abdominal y anorexia.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos registraron que las muertes diarias por COVID-19 crecieron 131% en el último mes, un aumento que podría frenarse en septiembre si se confirma el descenso de contagios.

Según el conteo oficial, en Estados Unidos han muerto a causa de la pandemia 644.848 personas, de un total de 39,8 millones casos confirmados.

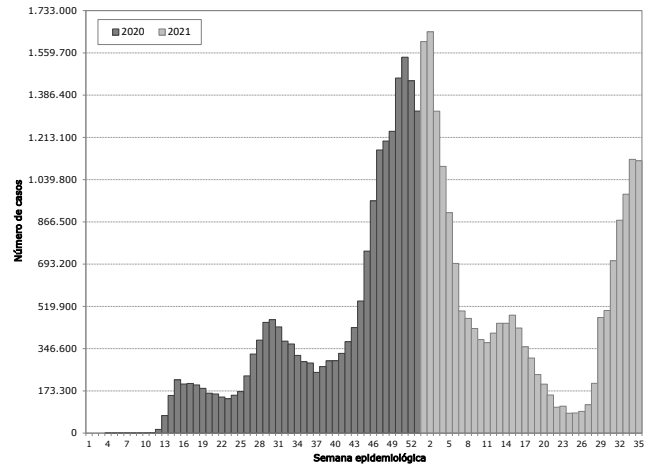
La curva de contagios, que se disparó con fuerza desde inicios de julio, tocó un pico a fines de agosto, aunque ha mostrado una meseta en los primeros días de septiembre. No obstante, las muertes continúan en niveles altos, por el desfase aproximado de dos semanas entre el aumento de las infecciones y los consiguientes fallecimientos.

La variante Delta es ya la principal responsable de los nuevos ingresos hospitalarios, con 89.916 pacientes el 2 de septiembre, cifras que no se habían visto desde el 30 de enero, cuando 89.657 personas debieron ser hospitalizadas. En algunos estados, como Georgia, Kentucky y Hawai'i, no hay espacios libres en las unidades de cuidados intensivos.

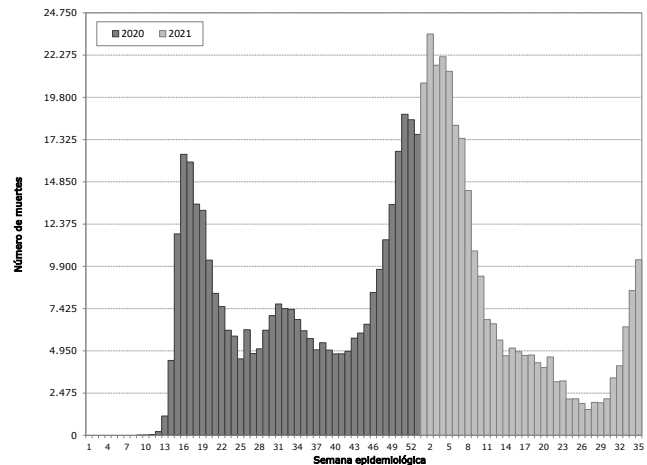
El 2 de septiembre, Florida reportó su mayor pico de muertes diarias por COVID-19 desde que comenzó la pandemia, superando lo registrado en olas pasadas, pese a la campaña de vacunación, que no ha logrado alcanzar a 60% de la población en ese estado sureño. La información de los CDC también reveló que en al menos ocho días de agosto se registraron más fallecimientos diarios en Florida que durante el pico previo de la pandemia, ocurrido en agosto de 2020.

Los CDC han informado también de un aumento de las hospitalizaciones de niños y adolescentes. El principal responsable de la lucha contra la COVID-19 en Estados Unidos, Anthony Stephen Fauci, indicó que todavía no hay datos para determinar que esta cepa se presenta de manera más agresiva entre los menores de edad, quienes pueden acceder a la vacuna de Pfizer a partir de los 12 años de edad.

Fauci adelantó el 5 de septiembre que el plan de dosis de refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 para personas inmunodeprimidas podría no estar listo en su totalidad para el 20 de



Casos confirmados. Estados Unidos. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 35 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 3 de septiembre de 2021, 18:16 horas.



Muertes confirmadas. Estados Unidos. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 35 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 3 de septiembre de 2021, 18:16 horas.

septiembre, tal y como se señaló en un primer momento, aunque confía en que este posible retraso sea como máximo de un par de semanas.

En ese sentido, Fauci dijo que las autoridades federales de Estados Unidos ya han recibido la información de la candidata de Pfizer para esta tercera dosis, por lo que podría ser la primera en obtener el visto bueno de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), a la espera de que Moderna presente sus datos.



Un paciente con COVID-19 en Oklahoma, Estados Unidos.

“Esperamos que Moderna también pueda hacerlo para tenerlo de manera simultánea, pero si no, lo haremos por orden”, declaró Fauci, quien cree “muy probable” que al menos una parte del plan pueda estar listo para la fecha señalada, según declaró.

Alrededor de 540.000 niños del suroeste de Haití, afectados por el terremoto, se enfrentan ahora a la posible reaparición de enfermedades transmitidas por el agua, advirtió el 2 de septiembre el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Las graves condiciones en el suroeste de Haití, donde más de medio millón de niños y adolescentes carecen de acceso a refugios, agua potable e instalaciones higiénicas, están aumentando rápidamente la amenaza de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, cólera y malaria.



Los niños y sus familias en Marceline, cerca del distrito de Camp Perrin, tienen acceso a agua limpia y segura en una de las cuatro estaciones de agua apoyadas por el UNICEF en Les Cayes, Haití.

“Las vidas de miles de niños, adolescentes y familias afectadas por el terremoto están ahora en riesgo, solo porque no tienen acceso al agua potable, saneamiento e higiene”, dijo Bruno Maes, representante del UNICEF en Haití. “El cólera no se ha reportado en Haití desde febrero de 2019, sin embargo, sin una acción urgente y firme, la reaparición del cólera y otras enfermedades transmitidas por el agua es una amenaza real que aumenta día a día”.

Antes del terremoto, sólo más de la mitad de los centros sanitarios de los tres departamentos más afectados por el terremoto tenían acceso básico a servicios de agua. Tras el terremoto, casi 60% de los habitantes de los tres departamentos más afectados no tienen acceso al agua potable. Miles de personas cuyas casas se han derrumbado carecen de acceso a servicios sanitarios debido, en parte, a los daños causados por el terremoto.

Junto a la Dirección Nacional de Agua y Saneamiento (DINEPA) y socios de la sociedad civil, el UNICEF trabaja para mejorar el acceso al agua, el saneamiento y la higiene de las familias afectadas:

- Alrededor de 73.600 personas reciben acceso a agua potable a través de sistemas de camiones cisterna, seis plantas de tratamiento de agua y 22 cisternas.
- Más de 35.200 personas se han beneficiado de la distribución de unos 7.000 kits de higiene, que incluyen productos para el tratamiento del agua en el hogar, jabón, almacenamiento de agua, dispositivos para lavarse las manos y toallas higiénicas.

Una semana después de que el terremoto devastara Haití, el UNICEF envió más de 65.000 tabletas de purificación de agua, 41 cisternas, tres unidades de tratamiento de agua y kits de higiene familiar. El UNICEF ya está gestionando el envío de 31.200 kits de higiene adicionales. El UNICEF es el único organismo de la Organización de Naciones Unidas que está suministrando agua potable a la población afectada, y su objetivo es llegar a apoyar 500.000 personas con servicios de agua, higiene y saneamiento (WASH).

“Nuestros esfuerzos por suministrar más agua potable no son suficiente ante las graves necesidades en todas las zonas afectadas. La impaciencia y a veces la frustración están aumentando

do en algunas comunidades haitianas y esto es comprensible. Pero obstaculizar las operaciones de respuesta no ayudará. En los últimos días, varias distribuciones de artículos de higiene esenciales tuvieron que ser suspendidas temporalmente al surgir tensiones sobre el terreno. Junto con las limitaciones financieras, la inseguridad está dificultando actualmente nuestras actividades para salvar vidas sobre el terreno”, dijo Maes.



El UNICEF hizo un llamamiento a las autoridades locales para que garanticen unas condiciones seguras para que las organizaciones humanitarias puedan operar y ampliar la asistencia de socorro a las comunidades afectadas por el terremoto. El sismo del 14 de agosto que asoló Haití agravó aún más una situación humanitaria ya de por sí difícil, conformada por la persistente inestabilidad política, la crisis socioeconómica, el aumento de la inseguridad alimentaria y la malnutrición, la violencia de las bandas, los desplazamientos internos, la pandemia de COVID-19, así como el flujo de migrantes haitianos-dominicanos.

Además del llamamiento por 48,8 millones de dólares realizado para 2021, el UNICEF solicitó ahora un financiamiento humanitario para la infancia, de 73,3 millones de dólares para ampliar sus intervenciones en respuesta al terremoto y a los desplazados internos. Hasta ahora, se ha recibido menos de 1% de la financiación necesaria.

El UNICEF hizo un llamamiento a la comunidad internacional para que proporcione urgentemente fondos adicionales para la respuesta humanitaria y evite la aparición de enfermedades transmitidas por el agua en Haití tras el terremoto.³

³ El terremoto de Haití de 2021 ocurrió el 14 de agosto a las 12:29 horas, y tuvo una magnitud de 7,2 en la escala sismológica de magnitud de momento. Su hipocentro se ubicó a 10 kilómetros de profundidad cerca de Petit-Trou-de-Nippes, aproximadamente a 150 kilómetros al oeste de la capital, Port-au-Prince. Al menos 136.800 edificios resultaron dañados o destruidos, y las muertes se estimaron en 2.207 al 22 de agosto de 2021. Además de las muertes, al menos 12 268 personas resultaron heridas. Fue el terremoto más mortífero y el desastre natural más mortífero de 2021, y el peor desastre que ha azotado Haití desde el terremoto de 2010. La Dirección General de Protección Civil de Haití (DGPC) advirtió sobre una posible gran crisis humanitaria resultante del terremoto.

La ciudad de Les Cayes, la tercera más grande de Haití, fue la más cercana al epicentro del terremoto, y sufrió grandes daños, incluidos muchos hogares, lugares de culto y edificios comerciales derrumbados. La Dirección General de Protección Civil de Haití informó que más de 60.700 viviendas fueron destruidas y 76.100 más han sufrido daños hasta el 18 de agosto. También hubo varios hoteles que sufrieron graves daños o colapsaron. Al menos 53 instalaciones médicas sufrieron daños parciales y seis quedaron totalmente destruidas. Además de eso, el terremoto dañó o destruyó 308 escuelas.

El primer ministro haitiano, Ariel Henry, declaró el estado de emergencia debido al elevado número de víctimas y los graves daños.



ÁFRICA

LA VACUNA CONTRA EL VPH PODRÍA REDUCIR EL RIESGO DE ADQUIRIR EL VIH EN MUJERES

24/06/2021

Las mujeres vacunadas contra el virus del papiloma humano (VPH) podrían presentar una menor probabilidad de adquirir el VIH en comparación con las mujeres que no habían recibido dicha vacuna, según las conclusiones de un [estudio](#) reciente.

El análisis incluyó a 138 mujeres que habían adquirido el VIH durante su participación en el estudio VOICE, dirigido a evaluar la profilaxis preexposición frente al VIH (PrEP) en mujeres de países de África Subsahariana.

Los datos de dichas mujeres fueron emparejados en proporción 1:3 con los de 412 mujeres que también habían participado en VOICE y no habían adquirido el VIH. Ambos grupos a comparar tenían una mediana de edad similar (de alrededor de 23 años), una representación por países similar y un porcentaje similar de mujeres que habían realizado sexo transaccional. En lo que sí se observaron diferencias fue en el nivel educativo, significativamente inferior en el grupo de mujeres que adquirieron el VIH.

En la investigación, se analizaron los registros de las pruebas de Papanicolau realizadas por las participantes para hallar evidencias de infección por el VPH. En aquellas mujeres con dichas evidencias, se clasificaron los tipos de VPH en función de su riesgo de evolución a cáncer cervical y de si estarían cubiertos por alguna de las vacunas actualmente disponibles.

La mayor parte de las participantes de ambos grupos tenían, al menos, un tipo de VPH: 84% de las que adquirieron el VIH y 65% de aquellas que no se infectaron por el VIH tenían, como mínimo, un tipo de VPH. La diferencia entre ambos grupos fue significativa y el hecho de tener el VPH incrementó 2,6 veces el riesgo de adquirir el VIH.

Dicha diferencia se observó en los tipos de alto riesgo de progresión a cáncer de cuello de útero (donde se observó, como en el caso anterior, un incremento del riesgo de adquirir el VIH) y, en menor medida, en el caso de los tipos de VPH de bajo riesgo.

El número de tipos de VPH también condicionó el riesgo de adquirir el VIH. Así, mientras que estar infectada por un tipo del VPH aumentó dos veces el riesgo de adquirir el VIH, tener cuatro o más tipos del VPH lo aumentó cuatro veces.

Cabe destacar que 60% de las mujeres con el VPH que adquirieron el VIH tenían tipos de VPH cubiertas por la vacuna Gardasil 9® (que cubre 9 tipos del VPH de alto riesgo). Por otro lado,



36% de dichas mujeres tenían tipos de VPH cubiertos por las vacunas frente al VPH desarrolladas antes de Gardasil 9®.

Las mujeres de ambos grupos comparados presentaron niveles similares de vaginosis bacteriana, patología que también ha sido asociada a un mayor riesgo de adquirir el VIH.

Los investigadores detectaron otros factores que podrían ayudar a explicar el mayor número de adquisiciones del VIH entre las mujeres con VPH. Así, 31% de las mujeres que adquirieron el VIH también obtuvieron un resultado positivo frente a una infección de transmisión sexual (ITS) diferente al VPH durante el estudio (como sífilis, gonorrea, clamidiosis o tricomonosis). Cabe destacar que adquirir una ITS –sea el VPH o alguna de las otras descritas– es un indicador de haber realizado prácticas de riesgo que aumentarían el riesgo de adquirir el VIH, tales como las relaciones sexuales sin preservativo.

En el estudio, las mujeres que adquirieron el VIH presentaron una menor probabilidad de tener una pareja estable en los últimos tres meses y una mayor probabilidad de no estar segura de si su pareja tenía otras parejas sexuales. Dichos factores también podrían haber condicionado las diferencias observadas.

En todo caso, los resultados del presente estudio ponen sobre la mesa la posibilidad de que una intervención preventiva –como es la vacunación contra el VPH– podría tener efectos, en términos de salud pública, sobre dos infecciones (el VPH y el VIH), lo que debería llevar a la realización de estudios de mayor tamaño para comprobar y verificar lo observado en la presente investigación.

Un niño de 14 años murió a causa de carbunco en la ciudad de Binzhou, provincia de Shandong, China. Según el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades (China-CDC), la muerte del estudiante de 14 años es la segunda causada por el carbunco.

El paciente falleció el 6 de agosto, tras salir voluntariamente de un gran hospital urbano. Murió después de mostrar síntomas como fiebre y pérdida repentina del conocimiento, según el informe semanal del China-CDC.

Otro hombre de 35 años, que trabaja como carnicero, está bajo tratamiento aislado después de infectarse con carbunco. El paciente sacrificó ganado enfermo en la casa del estudiante el 25 de julio, según el informe. Se confirmó que estaba infectado con la bacteria y está recibiendo tratamiento en un hospital.

Las estadísticas indican que China ha reportado al menos 162 casos humanos de esta enfermedad y dos muertes relacionadas este año.

Las personas infectadas con carbunco son en su mayoría las que se dedican a la cría y el sacrificio de ganado y la venta de productos relacionados. Las personas que se dedican al procesamiento de pieles también pueden infectarse. Las investigaciones indican que el caótico comercio privado de ganado conlleva el riesgo de brotes de carbunco.

Este año, se ha detectado carbunco en muchas provincias y ciudades del país, y se han producido muertes.

El 9 de agosto, Beijing informó de un caso excepcional de carbunco pulmonar en la ciudad. El caso procedía de la ciudad de Chengde, condado autónomo de Weichang Manchu y Mongol, provincia de Hebei. Tenía antecedentes de contacto con ganado, ovejas y sus productos en el área local. Cuatro días después del inicio de la enfermedad, fue trasladado a Beijing en ambulancia para su tratamiento. El caso fue tratado bajo aislamiento en el hospital.

El 24 de agosto, la ciudad de Tongliao, Mongolia Interior, notificó que se había detectado recientemente un caso sospechoso de carbunco cutáneo en la ciudad, y que 18 provincias de China habían informado casos de carbunco este año.

Según las estadísticas mensuales publicadas por los China-CDC, entre enero y julio de este año, el país reportó un total de 159 casos de carbunco, con una muerte. Si se agregan los casos confirmados en Beijing y Shandong en agosto, este año se han registrado al menos 162 casos y dos muertes.

Según el Boletín Estadístico de Desarrollo de la Salud del país, el año pasado se notificaron 224 casos de carbunco, sin registrarse muertes, en el país.

Tradicionalmente, el carbunco humano en China se producía principalmente en las áreas agrícolas y pastorales occidentales, principalmente entre agricultores y pastores. Sin embargo, con el desarrollo de la cría de animales en los últimos años, el aumento del comercio y el movimiento de ganado, y el impacto de factores climáticos anormales como altas temperaturas e inundaciones, las epidemias de carbunco animal y humano también han comenzado a aparecer en otras áreas.

La investigación sobre la epidemia de carbunco en Shandong señaló que la población local no comprendía la prevención y el control del carbunco. Teniendo en cuenta su costo económico y el caótico comercio privado de ganado, el riesgo de un brote de carbunco es bastante alto.

La aparición de casos de carbunco también está estrechamente relacionada con el clima local. Cuando existe una gran cantidad de esporas de carbunco en el suelo profundo después de una inundación, puede producirse casos de carbunco endémico.

Según el CDC-China, lo más importante para prevenir el carbunco es no entrar en contacto con posibles fuentes de infección. Si se descubre que el ganado vacuno, ovino y otros están enfermos o mueren repentinamente, no se debe estar en contacto, ni sacrificar, consumir o comercializar, e informar inmediatamente al departamento local de Ganadería y Veterinaria para su procesamiento.

Los departamentos pertinentes deben fortalecer la cuarentena y la supervisión de la circulación y el sacrificio de ganado, y sancionar los actos ilegales. Los profesionales que se dedican a la matanza y el procesamiento de pieles deben usar máscaras y guantes y otras protecciones relacionadas durante la operación para evitar posibles bacterias patógenas que puedan causar infección a través de la piel o mediante inhalación. Si alguien presenta síntomas de carbunco, debe informar inmediatamente al centro de salud local o la agencia de prevención y control de enfermedades y buscar tratamiento médico a tiempo. Al mismo tiempo, ayudar a los profesionales a recuperar los productos animales sospechosos para evitar la propagación de la infección.

La población general rara vez tiene contacto con ganado enfermo y muerto por carbunco, si compra productos de carne de vacuno o cordero por los canales formales, con cuarentena y garantías de seguridad alimentaria, y esa carne se puede consumir con confianza cuando está bien cocida. No se debe comprar, procesar o consumir carne de animales de fuentes desconocidas o canales informales como vendedores ambulantes, y mucho menos compartir carne de animales muertos o enfermos.

Un niño de 12 años, que fue ingresado en un hospital de Kozhikode, en Kerala, con síntomas de infección por el virus Nipah, falleció el 5 de septiembre por la mañana.

El niño, oriundo de Choolur, en el panchayat⁴ de Chathamangalam, fue hospitalizado el 1 de septiembre. Se le tomaron muestras, que fueron enviadas al Instituto Nacional de Virología de Pune, donde se confirmó la presencia del virus Nipah. Dos personas identificadas entre los 20 contactos de alto riesgo del niño, del total de 188 que estaban en la lista de contactos, han dado positivo para el virus.

El gobierno central ha enviado rápidamente a un equipo del Centro Nacional para el Control de Enfermedades a Kerala, el que brindará soporte técnico al estado. El gobierno estatal también celebró una reunión de funcionarios de salud de alto nivel el 4 de septiembre por la noche después que se informara el caso.

La ministra de Salud, Veena George, dijo que al niño “se le tomaron tres muestras –plasma, líquido cefalorraquídeo y suero– y en las tres se detectó el virus. Fue ingresado en el hospital con mucha fiebre hace cuatro días. Pero el 4 de septiembre su estado empeoró”, dijo la ministra. “Los distritos vecinos de Kannur y Malappuram deben permanecer en alerta”, agregó George.

Es motivo de preocupación para las autoridades el hecho de que los dos nuevos casos identificados son ambos trabajadores de la salud. “Uno trabaja en un hospital privado, mientras que el otro es miembro del personal del Hospital del Colegio Médico de Kozhikode”, dijo George.

Las autoridades han declarado alerta sanitaria en el distrito y acordonado una zona de unos tres kilómetros alrededor de la casa del menor fallecido. El barrio de Pazhoor, en el panchayat de Chathamangalam, ha sido completamente cerrado y los distritos cercanos de Nayar-kuzhy, Koolimad y Puthiyadam fueron parcialmente cerrados. Se ha desplegado la policía para restringir el movimiento de vehículos y personas dentro o fuera de estas áreas.

A raíz de la reemergencia del virus en Kerala, se han recomendado algunas medidas de salud pública inmediatas que incluyen la búsqueda activa de casos en la familia, el pueblo y áreas con topografía similar, especialmente en Malappuram. Las medidas también incluyen el rastreo activo de los contactos de los últimos 12 días, la estricta cuarentena de los contactos y el aislamiento de cualquier sospechoso, y la recolección y transporte de muestras para pruebas de laboratorio, dijo el ministerio.

La última vez que se informó un caso de infección por el virus Nipah en Kerala fue en 2019, en Kochi. En 2018, un brote en los distritos de Kozhikode y Malappuram se cobró 17 vidas.⁵

⁴ Se denomina panchayat al sistema de autogobierno local de las aldeas en la India rural, en contraposición a los municipios urbanos y suburbanos.

⁵ Nipah es un virus zoonótico y puede transmitirse a los humanos a través de animales como murciélagos y cerdos. La enfermedad tiene una alta tasa de letalidad y no se conocen tratamientos ni vacunas disponibles.

El huésped natural del virus Nipah son los murciélagos frugívoros de la familia Pteropodidae y del género *Pteropus*, que se encuentran ampliamente en el sur y sureste de Asia. La infección se transmite generalmente de animales a seres humanos, principalmente de murciélagos y cerdos; la transmisión de persona a persona también es posible, al igual que la transmisión a partir de alimentos contaminados.

Desde mediados de julio de 2021, el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Tokio informó más de 1.300 nuevos casos de sífilis en Japón, incluidos 100 casos solo en la semana epidemiológica 29, que finalizó el 24 de agosto.

Esto eleva el total acumulado para el año a 4.349 casos de sífilis hasta fines de agosto.

En 2021, hasta la fecha, las prefecturas que notificaron el mayor número de casos son Tokio (1.433 casos), Osaka (446), Aichi (218), Fukuoka (197) y Kanagawa (172).

Japón reportó más de 5.000 casos de sífilis durante tres años consecutivos, y más de 6.000 casos por dos años sucesivos. Antes de 2018, la última vez que Japón registró más de 6.000 casos de sífilis fue hace 48 años.

La sífilis estuvo fuera de control en Japón hasta poco después del final de la Segunda Guerra Mundial, pero el total de casos reportados disminuyó a varios cientos anuales hasta 2011, cuando comenzó un repunte.⁶

⁶ Aunque el informe no lo mencione, el número de casos anuales de sífilis reportados son totales, que incluyen casos de sífilis primaria y secundaria, las formas más contagiosas de sífilis, sífilis latente, sífilis terciaria y sífilis congénita, con un total de 4.575 casos en 2016, 5.826 en 2017 y 7.007 en 2018. En 2019 hubo 6.577 casos en total y en 2020, 6.923 casos. En los últimos años, alrededor de 70% del total anual de casos en Japón son casos de sífilis primaria y secundaria.

La incidencia de sífilis primaria y secundaria, que al inicio involucró principalmente a hombres que tienen sexo con hombres, se ha extendido más recientemente a las mujeres de entre 20 y 30 años.

El aumento en la incidencia de la sífilis en mujeres en edad fértil se ha asociado con una incidencia creciente de sífilis congénita en Japón: 10 casos en 2014, 13 en 2015, 15 en 2016, 9 en 2017, 17 en 2018, y 17 casos notificados hasta la semana 42 de 2019.

Un [equipo de investigadores sudafricanos](#) ha identificado un [nuevo linaje del SARS-CoV-2](#), el virus que causa la COVID-19. Un linaje representa una población de virus genéticamente distinta con un [ancestro común](#). Este virus puede ser designado como una variante en el futuro, basado en propiedades con alteraciones significativas, pero primero es necesario conocerlo mejor.



El nuevo linaje, al que se le asignó el nombre C.1.2, se ha encontrado en todas las provincias del país. Si bien comparte algunas mutaciones con otras variantes, es diferente en algunos aspectos.

Los virus mutan todo el tiempo. A veces, las mutaciones dan como resultado un beneficio adicional para el virus, como una mayor transmisibilidad. Pero a menudo las mutaciones no hacen nada beneficioso para el virus. Entonces, más mutaciones no siempre significan problemas para su anfitrión.

De C.1.2, aún se desconoce mucho. Por ejemplo, es demasiado pronto para saber si estas mutaciones afectarán la transmisibilidad o la eficacia de la vacuna.

La [Red de Vigilancia Genómica de Sudáfrica](#) ha estado [monitoreando los cambios](#) en el SARS-CoV-2 desde marzo de 2020. Sudáfrica fue uno de los primeros países a nivel mundial en introducir una vigilancia genómica sistemática y coordinada, secuenciando genomas del SARS-CoV-2 a partir de muestras de pacientes representativos de las diferentes regiones geográficas y en el tiempo.

Sus hallazgos han proporcionado información sobre cómo y cuándo se introdujo el SARS-CoV-2 en el [país](#) y sobre [su propagación temprana](#). La Red también ha estado secuenciando genomas del virus para identificar nuevos linajes virales de especial preocupación.

A fines de 2020, la Red detectó lo que ahora se llama la [variante de interés Beta](#) y, más recientemente, observó, casi en tiempo real, la llegada y rápida "toma de control" de la variante Delta en Sudáfrica.

Lo que se conoce

Se seleccionaron muestras de pacientes de los laboratorios de diagnóstico de todo el país y se realizó la secuenciación para analizar los genomas del virus. Luego se compararon estas secuencias con las registradas previamente y en otros lugares.

Cuando se detectan muchas diferencias, o diferencias en ciertos sitios particularmente importantes como la espiga del virus, se le presta especial atención. Luego se analiza con qué frecuencia se detecta este virus en particular y dónde: en una región del país o en múltiples regiones, solo en Sudáfrica o también en otras partes del mundo. También se monitorea si

aumenta con el tiempo, lo que sugeriría que está reemplazando versiones anteriores del virus.

Cuando se secuencian el virus y se lo comparamos con otras versiones del SARS-CoV-2, se le asigna un nombre basado en la variante coincidente más cercana. Luego se comparan estas versiones para ver qué tan similares son entre sí. Si se determinan muchas diferencias, podría ser una indicación de un nuevo linaje.

En mayo de 2021, se detectó por primera vez un grupo mutado de SARS-CoV-2 relacionados en Sudáfrica al que se le ha asignado el linaje C.1.2. En lo que va de mayo a agosto de 2021, se ha detectado C.1.2 en todas las provincias. Sin embargo, ocurre con una frecuencia relativamente baja y, aunque se observan pequeños aumentos en este linaje con el tiempo, siguen siendo muy bajos.

Este linaje posee mutaciones dentro del genoma que se han visto en otras variantes del SARS-CoV-2.

La Red alertó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al Departamento Nacional de Salud de Sudáfrica sobre este linaje en julio. Los dos meses entre la primera detección y la notificación provienen del largo proceso de secuenciación y análisis. Además, los virus mutantes aparecen de vez en cuando, pero muchos vuelven a desaparecer. Por lo tanto, es necesario monitorear éste en particular para determinar si se detectaba en regiones adicionales. Solo cuando se comenzó a detectar en otras provincias y cuando se informó también de otros países, se consideró que se había acumulado la suficiente evidencia como para sugerir un nuevo linaje.

La red de vigilancia continúa monitoreando la frecuencia del linaje en todo el país y ayuda a otros países africanos a hacer lo mismo. Además, se están realizando pruebas para evaluar el impacto funcional de las mutaciones que alberga, por ejemplo, qué tan bien los anticuerpos de personas que han sido vacunadas o infectadas previamente neutralizan el nuevo virus, qué tan bien se multiplica en cultivos celulares en comparación con otras variantes del virus, etc.

El virus aún no ha cumplido con los criterios de la OMS para ser clasificado como una variante de interés o una variante de preocupación. Una variante de interés tiene cambios genéticos que afectan características importantes del virus (transmisibilidad, gravedad de la enfermedad, escape inmunológico, diagnóstico o terapéutico) e impactos epidemiológicos que sugieren un riesgo para la salud pública mundial. Una variante de preocupación es la peor categoría: es una variante con mayor transmisibilidad y/o virulencia probadas y/o menor efectividad de herramientas médicas o de salud pública como vacunas, terapias y pruebas.

Delta es un buen ejemplo de una variante de preocupación que rápidamente llegó a dominar la epidemia a nivel mundial, provocando grandes oleadas en muchos países, incluidos aquellos con una implementación avanzada de los programas de vacunación.

El linaje C.1.2 comparte algunas mutaciones comunes con todas las demás variantes de interés, incluidas Beta, Lambda y Delta. Pero el nuevo linaje tiene una serie de mutaciones adicionales.

Las implicaciones

Todavía se están recopilando datos para comprender el impacto de este linaje en la transmisibilidad y en las vacunas.

El SARS-CoV-2, como todos los virus, muta con el tiempo, generalmente de una manera que le da al virus algún tipo de ventaja. Algunas de las mutaciones en el linaje C.1.2 han surgido en

otras variantes de interés o preocupación del SARS-CoV-2. Pero todavía no se ha logrado una imagen completa. Se necesitará una combinación de vigilancia exhaustiva continua (especialmente para ver si desplaza a la variante Delta, que prevalece actualmente) y estudios de laboratorio para caracterizar sus propiedades.

Con base en el conocimiento actual de las mutaciones en este linaje en particular, se sospecha que podría evadir parcialmente la respuesta inmune. Sin embargo, a pesar de esto, con base en lo que se sabe ahora, las vacunas seguirán ofreciendo altos niveles de protección contra la hospitalización y muerte.

Es esperable que sigan surgiendo nuevas variantes dondequiera que se propague el virus. La vacunación sigue siendo fundamental para proteger a las personas de las comunidades con alto riesgo de hospitalización y muerte, para reducir la tensión en el sistema de salud y para ayudar a retrasar la transmisión. Esto debe combinarse con todas las demás medidas sociales y de salud pública.

Por lo tanto, lo que se recomienda a la población es mantenerse alerta y continuar respetando el protocolo contra la COVID-19, lo que incluye una buena ventilación en todos los espacios compartidos y usar barbijo que cubra nariz, boca y barbilla. Se ha comprobado que estas intervenciones no farmacéuticas previenen la propagación del SARS-CoV-2 independientemente de la variante.

Es poco probable que el linaje mutado afecte la sensibilidad de las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Estas pruebas suelen detectar al menos dos partes diferentes del genoma del SARS-CoV-2, que sirve como respaldo en el caso de que surja una mutación en una de ellas. Se están realizando estudios para evaluar las implicaciones en las pruebas de diagnóstico.

Por qué se necesita vigilancia

La Red de Vigilancia Genómica de Sudáfrica conecta el Servicio Nacional de Laboratorios de Salud y los laboratorios privados de pruebas de COVID-19 con los centros académicos de secuenciación. Esta colaboración ha permitido a los expertos sudafricanos generar y analizar rápidamente datos de secuencia para informar las respuestas regionales y nacionales.

A fines de agosto de 2021, la variante Delta representaba más de 90% de las secuencias en el sur de África. Pero la evolución del virus está en curso, siempre que el virus pueda propagarse de persona a persona, multiplicarse y transmitirse. Por lo tanto, es necesario continuar monitoreando su evolución, para detectar nuevas propiedades problemáticas de manera temprana e instituir contramedidas, cuando sea posible.

Se vienen notificando casos de hepatitis E en Sudán del Sur desde 2015, sin embargo, desde enero de 2019 hasta agosto de 2021, el campamento de Bentiu, que alberga a desplazados internos ha informado 1.001 casos y nueve muertes asociadas (tasa de letalidad de 0,9%). Se ha observado un aumento de 10 veces en el número de casos entre las semanas epidemiológicas (SE) 19 y 30 de este año, en comparación con el mismo período en 2019, y se duplicó en comparación con el mismo período en 2020. Los casos han superado el umbral epidémico desde la SE 19 de este año. Se han reportado dos muertes este año, una de las cuales ocurrió en una mujer embarazada de 27 años. La mayoría de los casos son hombres (52%) entre las edades de 15 y 44 años.

El campo de desplazados internos de Bentiu se encuentra en el condado de Rubkona, estado de Unity, y comparte frontera con Sudán al norte. En julio de 2021, el campamento albergaba a 107.130 desplazados internos, de los que se estimaba que 52% eran hombres y 48% mujeres. El campamento depende en gran medida de recursos de organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales, así como de varios organismos de la Organización de Naciones Unidas. Sin embargo, en los últimos tiempos, la financiación ha disminuido drásticamente. Como resultado, los servicios de agua, saneamiento e higiene (WASH) proporcionados por los socios han disminuido en gran medida, lo que ha resultado en menos estaciones de lavado de manos, distribución de agua menos frecuente y aumento de la defecación al aire libre. Además, se cerraron dos clínicas de atención primaria de salud en el campamento, lo que resultó en una disminución de los servicios de atención sanitaria esenciales. Los cinco sectores del campamento han informado de un número igualmente elevado de casos de hepatitis E, lo que destaca la distribución generalizada de las vías de transmisión en el campamento. También se ha informado de una proporción significativa de casos fuera del campamento de desplazados internos, lo que sugiere que la transmisión del virus de la hepatitis E también se está produciendo en las comunidades de acogida de la ciudad de Bentiu.

También se están produciendo inundaciones actualmente, debido al aumento de las precipitaciones en muchas partes del estado de Unity, incluida la ciudad de Bentiu. Se estima que hasta ahora se han desplazado 112.000 personas de siete de los nueve condados del estado. El desplazamiento de la población podría potencialmente causar un mayor riesgo de propagación de la hepatitis E dentro y fuera del estado. Antes del desplazamiento, se sabía que la población de esta zona era muy móvil y cruzaba con frecuencia las fronteras internacionales para comerciar con Sudán. Este último país está experimentando actualmente un brote de hepatitis E con informes de casos entre los refugiados de Etiopía. Esto pone de relieve el riesgo de propagación subregional de la enfermedad. Las inundaciones en curso continúan presionando los recursos limitados disponibles para los socios en las áreas afectadas mientras compiten para responder a la amenaza de propagación de la enfermedad y al empeoramiento de las condiciones de saneamiento del campamento de desplazados internos.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud ha activado el grupo de trabajo estatal contra la hepatitis E, que incluye a miembros del gobierno y socios de los grupos de salud y WASH, que convoca

reuniones semanales para revisar las condiciones sanitarias y de salud y la respuesta humanitaria y al brote en curso.

- Se está llevando a cabo una revisión del Equipo de Evaluación Conjunta para evaluar las necesidades de salud y WASH dirigidas a la promoción de la higiene a nivel de los hogares.
- Se está finalizando un llamamiento de financiación con el objetivo de asegurar 3,3 millones de dólares para apoyar la implementación de la estrategia de respuesta a la hepatitis E.
- El Ministerio de Salud continúa monitoreando la situación de la hepatitis E a través de la Vigilancia y Respuesta Integradas a Enfermedades para conocer las tendencias en curso y para informar la respuesta al brote.
- La identificación de casos y las derivaciones se coordinan con los socios y cuentan con el apoyo de las clínicas de atención primaria.
- Los socios apoyan el manejo de casos en los centros de salud.
- Se están celebrando consultas sobre la viabilidad de vacunar a las mujeres en edad fértil contra la hepatitis E.

Interpretación de la situación

Aunque el brote de hepatitis E en el campo de desplazados internos de Bentiu ha estado en curso durante años, una disminución en los servicios esenciales de WASH ha provocado un aumento en los casos durante 2021. También se ha informado que una proporción significativa de casos se originó en el exterior del asentamiento de desplazados internos, lo que sugiere que también se está produciendo la transmisión del virus de la hepatitis E en la población de acogida de la ciudad de Bentiu. Se necesitará un nuevo compromiso con los recursos del campamento, en medio del desastre de las inundaciones y una pandemia global, para restaurar los servicios de los socios y controlar la situación.

Acciones propuestas

- Movilización urgente de recursos para permitir que los socios intensifiquen las intervenciones para abordar el brote y la deplorable condición de WASH en el campamento.
- Se debe prestar especial atención a las poblaciones de desplazados internos que podrían estar huyendo de las inundaciones, ya que necesitan evitar el riesgo de propagación de la hepatitis E, incluso a través de las fronteras internacionales con Sudán y Etiopía.

Afganistán

- Esta semana no se informaron casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1). Se ha reportado un caso en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 56 casos.
- Esta semana no se informaron casos de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2). Se han reportado 43 casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 308 casos.

Angola

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 3 casos en 2020, mientras que en 2019 se notificaron 130 casos.

Benín

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 2 casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 3 casos. Todos estos casos están relacionados con el brote de Jigawa, en Nigeria.

Burkina Faso

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 2 casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 65 casos. El país se ve afectado por diferentes brotes, uno relacionado con el brote de Jigawa en Nigeria, y otro con el brote de Savanes en Togo.

Camerún

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 7 casos en 2020.

Chad

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 99 casos en 2020, a partir de tres brotes diferentes.
- El riesgo de una mayor propagación del cVDPV2 por la subregión del lago Chad sigue siendo elevado.

Costa de Marfil

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 61 casos en 2020.

Egipto

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se han reportado 10 muestras positivas en 2021, mientras que en 2020 se notificó una muestra positiva.

Etiopía

- Esta semana se informaron dos casos de cVDPV2 en Oromiya. Se han reportado 9 casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 36 casos.

Gambia

- Se notificaron cuatro muestras ambientales positivas para cVDPV2 en Western Region 1. Se han reportado seis muestras positivas en 2021, vinculadas al brote de Jigawa, en Nigeria.

Ghana

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 12 casos en 2020, mientras que en 2019 se notificaron 18 casos.

Guinea

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado seis casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 44 casos.

Kenya

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se ha reportado una muestra ambiental positiva en 2021, y otra en 2020. El virus está relacionado con el brote de Banadir, en Somalia.

Liberia

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado tres casos en 2021.
- Se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Montserrado en 2020.

Madagascar

- Esta semana no se informaron casos de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV2). Se han reportado 6 casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 2 casos.

Malasia

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV1. Se ha reportado 1 caso en 2020, y tres casos en 2019.

Mali

- Esta semana se informó un caso de cVDPV2 en Koulikoro. Se han reportado 51 casos en 2020.

Mauritania

- Esta semana se informaron dos muestras ambientales positivas para cVDPV2 en Trarza. Se han reportado dos muestras positivas en 2021, vinculadas al brote de Jigawa, en Nigeria.

Níger

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 10 casos en 2020.
- Se ha reportado una muestra positiva en 2020, en Maradi.

Nigeria

- Esta semana se notificaron 23 casos de cVDPV2, en Kano (6 casos), Borno (5), Kaduna (3), Kebbi (3), Jigawa (2), Nasarawa (1), Sokoto (1), Taraba (1) y Zamfara (1). Se han reportado 123 casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron ocho casos.

- Esta semana se notificaron 15 muestras ambientales positivas para cVDPV2, en Jigawa (2 muestras), Kano (2), Yobe (2), Benue (1), Borno (1), Gombe (1), Katsina (1), Nasarawa (1), Niger (1), Oyo (1), Sokoto (1) y Zamfara (1).

Pakistán

- Esta semana no se informaron casos de WPV1. Se ha reportado un caso en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 84 casos.
- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 8 casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 135 casos.

República Centroafricana

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 4 casos en 2020, mientras que en 2019 se notificaron 21 casos, a causa de varios brotes.

República del Congo

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 2 casos en 2021, y otros dos casos en 2020.

República Democrática del Congo

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 10 casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 81 casos.

Senegal

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 13 casos en 2021.
- Esta semana se informaron dos muestras ambientales positivas para cVDPV2 en Dakar.

Sierra Leona

- Esta semana se informó un caso de cVDPV2 en Northern. Se han reportado cinco casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 10 casos.

Somalia

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 14 casos en 2020.

Sudán

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 58 casos en 2020. Los virus iniciales se vincularon al brote en curso en Chad seguido de la transmisión local.

Sudán del Sur

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 9 casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 50 casos.

Tayikistán

- Esta semana se informó un caso de cVDPV2 en Khatlon. Se han reportado 32 casos en 2021, mientras que en 2020 se notificó sólo un caso.

Togo

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se han reportado 9 casos en 2020.

Uganda

- No se notificaron muestras ambientales positivas para cVDPV2 esta semana. En 2021 se han reportado dos muestras ambientales positivas están vinculadas al brote de N'Djamena, en Chad.

Yemen

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV1. Se han reportado tres casos en 2021, mientras que en 2020 se notificaron 32 casos.⁷

⁷ Después de una semana relativamente "tranquila", sin aislamientos de poliovirus salvaje (WPV), se informó una muestra ambiental positiva en los distritos tribales de Khyber Pakhtunkhwa, que sirve como un recordatorio recurrente de que el poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) todavía está circulando en Pakistán. En cuanto a la actividad del poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2), después de una semana en la que solo dos países confirmaron su actividad –Nigeria y Tayikistán–, la semana pasada registra 10 países con actividad de cVDPV2. Se confirmaron casos de parálisis flácida aguda en cinco países –Etiopía, Nigeria, Malí, Sierra Leona y Tayikistán–, y muestras ambientales positivas en otros cinco países –Gambia, Liberia, Mauritania, Níger y Senegal–. Este fue el primer informe de identificación de cVDPV2 en Mauritania, genéticamente relacionado con el brote de Jigawa.

Un estudio internacional confirmó que la llegada de la COVID-19 está relacionada con un descenso de las tasas de natalidad en los países de renta alta. Los resultados revelan que los nacimientos disminuyeron especialmente en el sur de Europa.

Las pandemias son un factor clave de los cambios en las poblaciones humanas, ya que afectan tanto a las tasas de mortalidad como de fertilidad. Hay registros de que la pandemia de la gripe española (1918-1919) provocó, en Estados Unidos, un descenso de hasta 13%. En Reino Unido, Japón, India y Noruega, entre otros, también se observó la misma tendencia.



Para analizar con detalle este fenómeno, se estudiaron 22 países de renta alta (Estados Unidos, Israel, Singapur, Corea del Norte, Japón y varios europeos) y se compararon las tasas brutas de natalidad mensuales medias desde noviembre de 2020 –nueve meses después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarará la pandemia– hasta marzo de 2021, con las del mismo periodo un año antes.

Las diferencias entre países atienden a varias razones. Una de ellas es el alcance de la pandemia, diferente en cada país. Por ejemplo, en Estados Unidos hay registros de concepciones entre febrero y marzo. En ese momento, la enfermedad aún no había cobrado ahí toda su fuerza. Sin embargo, territorios como Italia y España estaban ya en pleno estado de alarma.

Las diferencias entre países atienden a varias razones. Una de ellas es el alcance de la pandemia, diferente en cada país. Por ejemplo, en Estados Unidos hay registros de concepciones entre febrero y marzo. En ese momento, la enfermedad aún no había cobrado ahí toda su fuerza. Sin embargo, territorios como Italia y España estaban ya en pleno estado de alarma.

Datos negativos, con diferencias entre países

Las tasas de natalidad cayeron en casi todos los países analizados. Los peores datos fueron recogidos en el sur de Europa. Las tasas brutas de natalidad descendieron 9,1% en Italia, 8,5% en Hungría, 8,4% en España y 6,6% en Portugal. Además, Bélgica, Austria y Singapur también mostraron un descenso significativo.

Sin embargo, se encontraron valores positivos, aunque no significativos, para 9 de los 22 países de la muestra: Eslovenia, Corea del Sur, los países nórdicos (Noruega, Dinamarca, Finlandia y Suecia), Alemania, Países Bajos y Suiza.

Tener hijos forma parte de una estrategia de planificación a largo plazo, y es muy costoso. Si bien el alcance de la pandemia fue menos grave en los países nórdicos, al mismo tiempo, sus habitantes saben que la protección social es más fuerte en caso de que pierdan su empleo como consecuencia de esta situación.

Así, los países que cuentan con estrategias políticas que ayudan a las personas a hacer frente a los problemas que pueden surgir de una pandemia, se ven menos afectados por este tipo de crisis. La COVID-19 impacta en la dinámica de la población y puede conllevar implicaciones políticas para el cuidado de los niños, la vivienda y el mercado laboral.

Qué puede esperarse en las siguientes oleadas

Este estudio analiza solo los primeros meses de la pandemia. La primera oleada fue sin duda un choque enorme e inesperado. Y no cabe duda de que una mayor incertidumbre conlleva una menor fertilidad. Aunque es posible que las siguientes oleadas hayan supuesto una experiencia de choque: la mayoría pensaba que todo había terminado en el verano de 2020, cuando las tasas de infección eran drásticamente más bajas.

Por ello, la segunda ola podrían haber sido un nuevo shock y, por tanto, una nueva disminución de la fertilidad. Pero quizás en la tercera ola la gente haya empezado a adaptarse a la nueva normalidad. De momento, es imposible saberlo, aunque seguramente habrá muchos estudios de seguimiento al respecto.

Arte y pandemia



Villa Urquiza. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepi-demiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.