

ARGENTINA

- Vigilancia de enfermedades no-COVID-19 durante la pandemia de esta enfermedad
- Tucumán: Reportan una muerte por hantavirus después de cuatro años sin casos

AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la difteria
- A la vanguardia en la eliminación de las enfermedades desatendidas

- Costa Rica: El primer país que hace obligatoria para los niños la vacuna contra la COVID-19
- Costa Rica: En la ruta hacia la eliminación de la malaria
- Estados Unidos: Primer caso humano de rabia en Idaho en más de 40 años
- Estados Unidos: Identifican tres nuevas infecciones por el virus de Jamestown Canyon en New Hampshire
- Haití: Detectan un nuevo coronavirus, probablemente canino, que causó infecciones humanas

EL MUNDO

- Alemania: Nuevo récord de casos de COVID-19
- Japón: Los casos de sífilis vuelven a superar los 6.000 en un año
- Suecia: Un brote de infecciones por *Salmonella* Typhimurium monofásica afectó a 33 personas
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica del sarampión
- Existe una necesidad urgente de vacunas para prevenir la infección letal por el estreptococo del grupo B

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



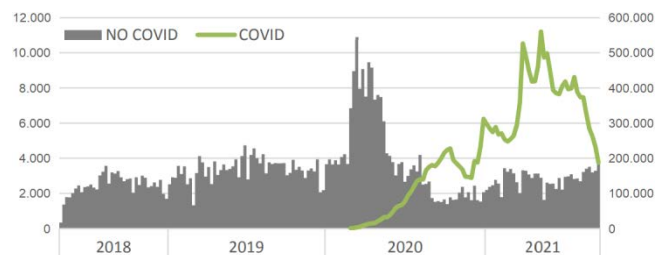
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

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

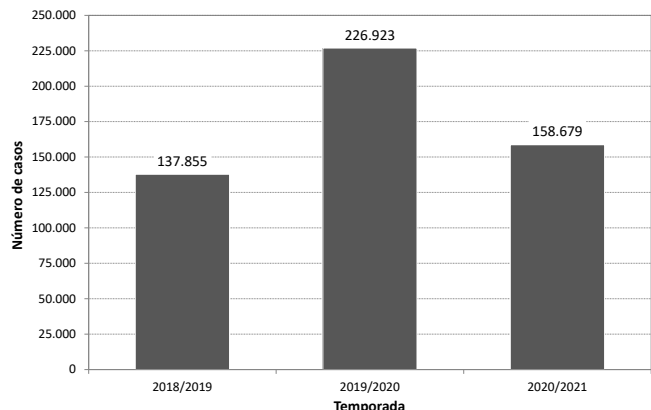
Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

La pandemia de COVID-19 ha afectado distintos procesos de la vida social en diferentes momentos, según las medidas que fueron adoptándose para dar respuesta a la emergencia:

- las medidas de restricción a la circulación modificaron los ritmos, actividades y hábitos alimentarios de los ciudadanos, y han influido en la comercialización de mercaderías, etc.;
- la promoción de medidas de prevención afectó las costumbres y hábitos de higiene;
- la organización de la respuesta sanitaria modificó la oferta de servicios, a la vez que las restricciones a la circulación, el temor a los contagios y la organización misma de la oferta pudieron haber influido en una disminución de la demanda de la población sobre ciertos servicios de salud para atenderse.



Notificaciones nominales COVID-19 y no-COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 18 de 2018 a 38 de 2021. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Notificaciones nominales entre semanas epidemiológicas 18 a 17 del año posterior. Argentina. Temporadas 2018/2019 a 2020/2021. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Asimismo, las actividades vinculadas con la vigilancia epidemiológica demandaron una reorientación de los recursos humanos relacionados con la actividad para responder a las necesidades de vigilancia y control de la COVID-19 (fundamentalmente en la detección y aislamiento de los casos, el rastreo de los contactos y las actividades de registro y notificación que esto demandó, en una magnitud sin precedentes.

Al analizar el número de notificaciones recibidas por el Servicio Nacional de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS^{2.0}), se observa una tendencia al ascenso de las notificaciones entre 2018 y 2019, pasando de 2.000 a 3.000 notificaciones semanales, y un pico entre las semanas epidemiológicas (SE) 10 y 22 de 2020, en coincidencia con la epidemia de dengue, que comienzan a disminuir a partir de la SE 32 de 2020. No obstante, los casos totales de eventos no-COVID-19 fueron mayores que los del primer año de implementación del SNVS^{2.0}.

En el período que va de la SE 18 de 2019 a la SE 17 de 2020, aumentaron 65% las fichas nominales notificadas respecto del mismo período de 2018 a 2019, registrándose un aumento de las notificaciones sobre todo entre las semanas 10 y 20 de 2020, en coincidencia con la epidemia de dengue acaecida en esa temporada en Argentina. En el período 2020/2021 descendieron 30% las fichas nominales notificadas (no-COVID-19) respecto del período previo y fueron mayores a los registrados en el período 2018/2019.

Tras más de cuatro años sin registrar casos de hantavirosis, la provincia de Tucumán reportó el 6 de noviembre una nueva muerte local por esta enfermedad transmitida por ratones silvestres.

La víctima es una mujer de 33 años que residía en la localidad de Yerba Buena y que falleció a fines de octubre. En un principio, se pensó que la joven había contraído dengue hemorrágico. Debido a esto, el Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) envió muestras al Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui', en Pergamino, que se especializa en el diagnóstico de estas enfermedades.

Los resultados, que llegaron el 6 de noviembre, confirmaron que la paciente murió por hantavirosis, lo que alertó a los profesionales del SIPROSA, quienes ahora deben identificar el tipo de virus para saber a qué roedor reservorio corresponde, y luego analizar dónde pudo haberse producido el contagio.

Un dato es clave para esa tarea que llevará adelante la Dirección de Epidemiología de la provincia: la joven era deportista y solía practicar trekking por senderos y caminos rurales de la provincia.

En 2016, Tucumán registró dos muertes por hantavirosis: una mujer y un hombre que frecuentaban zonas rurales del departamento de Burruyacú, en el noreste de la provincia.

El hantavirus se transmite fundamentalmente por inhalación de aerosoles cargados de partículas virales provenientes de las heces, orina y saliva de roedores infectados. El síndrome cardiopulmonar por hantavirus puede presentarse como un cuadro leve con un síndrome febril inespecífico o llegar hasta la manifestación más grave con insuficiencia respiratoria grave y shock cardiogénico.

En el contexto de la pandemia de la COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reiteró a los Estados Miembros que la vacunación y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación deben ser consideradas servicios de salud esencial y no deben ser interrumpidos. Considerando la disminución de las coberturas de la vacuna contra la difteria, la OPS/OMS también recordó a los Estados Miembros que es importante que cuenten con un plan para vacunar a las poblaciones más vulnerables y mantener un abastecimiento permanente de antitoxina diftérica para el control de posibles brotes.

Resumen de la situación en las Américas

En 2021, hasta la semana epidemiológica (SE) 42, cuatro países notificaron casos confirmados de difteria: Brasil (un caso), Colombia (un caso fatal), Haití (18 casos, incluidas tres defunciones) y República Dominicana (18 casos, incluidas 12 defunciones).

La Región de las Américas informó un descenso constante de la cobertura de vacunación desde 2010. La tasa de cobertura de la tercera dosis de la vacuna triple bacteriana (difteria, tétanos y tos convulsa) de la Región de las Américas cayó de 94% a 84% entre 2010 y 2020. Entre enero de 2019 y enero de 2020 la cobertura con la tercera dosis de la vacuna triple bacteriana (DPT3) descendió 33%. El descenso de las coberturas se observó en la mayoría de los países de la Región, aumentando la población de individuos susceptibles a enfermedades prevenibles por vacunación. La pandemia de COVID-19 también ha afectado a los sistemas de vigilancia epidemiológica y de laboratorio de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Los países que han notificado nuevos casos confirmados desde el 25 de junio de 2021 son Colombia, Haití y República Dominicana.

- **Colombia:** En 2021, hasta la SE 41, se notificaron siete casos probables de difteria, de los cuales, uno fue confirmado por laboratorio, cinco fueron descartados y uno continúa bajo investigación.

Durante la SE 41 de 2021, se notificó un caso fatal confirmado de difteria en el departamento de Sucre, una niña de 10 años, de nacionalidad venezolana, residente desde hace cinco años en el municipio de Santiago de Tolú, departamento de Sucre. El caso inició síntomas el 27 de septiembre y falleció el 5 de octubre; no tenía antecedente de viaje y se desconocen los antecedentes de vacunación. El caso fue confirmado mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), con identificación de gen de la toxina diftérica.

- **Haití:** Entre la SE 32 de 2014 y la SE 38 de 2021 se notificaron 1.334 casos sospechosos de difteria, incluidas 147 defunciones; de los cuales 406 casos fueron confirmados (391 por laboratorio y 15 por nexo epidemiológico) incluidas 80 defunciones confirmadas.

En 2021, hasta la SE 38, el número de casos sospechosos notificados (164 casos) es similar al del mismo periodo de 2019 (165 casos) y superior al número de casos sospechosos notificados durante el mismo periodo en 2020 (110 casos). De los 164 casos notificados, 17 casos fueron confirmados por laboratorio y un caso por nexo epidemiológico, incluidas tres defunciones. Considerando la prolongada transmisión de la enfermedad, la difteria es considerada endémica en Haití.

Entre 2015 y 2021, las tasas de letalidad entre los casos confirmados fueron de 23% en 2015, 39% en 2016, 8% en 2017, 13% en 2018, 22% en 2019, 23% en 2020 y 17% en 2021.

En 2021, hasta la SE 38, de los 18 casos confirmados, 55,5% se presentó en el grupo de edad de 6 a 14 años y 27,7 % en el de 1 a 5 años. Respecto a las defunciones, una ocurrió en el grupo de 6 a 14 años y dos en el grupo de 1 a 5 años.

En 2021, hasta la SE 38, las mayores tasas de incidencia acumulada de los casos sospechosos se registraron en las comunas de Thiotte (32 casos cada 100.000 habitantes) en el departamento Sud-Est; de Terrier Rouge (20,1 casos cada 100.000 habitantes) y de Carice (19.2 casos cada 100.000 habitantes) en el departamento Nord-Est; y Plaine-du-Nord (19 casos cada 100.000 habitantes) en el departamento Nord.

El esquema de vacunación antidiftérica de Haití incluye tres dosis en menores de 1 año, y solamente se administra un refuerzo, entre los 12 y 23 meses de edad. La vacunación con el componente antidiftérico más allá de la edad de la población infantil, solo se realiza en el caso de las mujeres embarazadas.

El país no cumple la meta de cobertura de al menos 95% establecida en el plan de acción regional de inmunización, con la DPT3 en menores de 1 año. La cobertura de vacunación con DPT4 es inferior a 50%.

El país no cuenta con una política nacional de vacunación del personal de salud y la vacunación de los contactos de casos sospechosos no se realiza de forma sistemática.

- **República Dominicana:** En 2021, hasta la SE 42, se notificaron 56 casos probables de difteria, de los cuales 18 casos fueron confirmados (14 por laboratorio y 4 por nexo epidemiológico), incluidas 12 defunciones confirmadas (11 por laboratorio y una por nexo epidemiológico). Del total de casos notificados en 2021, 31 fueron descartados, un caso fue clasificado como probable y seis aún se encuentran en investigación.¹

De los 18 casos confirmados en 2021, hasta la SE 42, 11 son hombres, el rango de edades de los casos oscila entre 1 y 14 años (mediana de 8 años), todos tienen antecedentes de vacunación incompletos y no refieren antecedentes de viaje, todos son de nacionalidad dominicana. Los casos confirmados se notificaron en las provincias de Monte Plata (siete casos, incluidas cinco defunciones), Santo Domingo (tres casos, incluidas dos defunciones), Elías Piña (tres casos, incluidas dos defunciones), San Cristóbal (dos casos, incluida una defunción), Peravia (un caso fatal), Bahoruco (un caso fatal) y Hato Mayor (un caso). El último caso confirmado tuvo inicio de síntomas el 9 de agosto de 2021 y fue notificado por la provincia de Monte Plata.

¹ La información sobre los primeros 13 casos confirmados notificados en 2021 fue publicada en la Actualización Epidemiológica del [23 de abril](#) y del [25 de junio](#) de 2021.

En 2021, hasta la SE 42, se notificó un total de 11 defunciones confirmadas por laboratorio, de las cuales siete fueron hombres y cuatro mujeres, el rango de edades es de 1 a 14 años (mediana de 5 años). El último caso fatal tuvo inicio de síntomas el 27 de julio de 2021 y fue notificado por la provincia de Elías Piña.

En los 14 casos en los que se aisló *Corynebacterium diphtheriae* por cultivo, los resultados fueron confirmados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos como *C. diphtheriae* biovar mitis, toxigénico (productor de toxina diftérica en la prueba de Elek).

El esquema de vacunación de República Dominicana incluye tres dosis en los menores de 1 año, y dos refuerzos, los cuales son administrados a los 18 meses y 4 años. No se realiza la vacunación de forma sistemática con el tercer refuerzo de la vacuna contra la difteria.

El país cuenta con una política nacional de vacunación del personal de salud.

El país no cumple la meta de 95% establecida en el plan de acción regional de inmunización con DPT3 en menores de 1 año. La cobertura de vacunación con DPT4 es inferior a 90%.

Orientaciones para los Estados Miembros

En el escenario de la pandemia de COVID-19, la OPS/OMS ha generado un [documento](#) con orientaciones respecto al funcionamiento de los programas de inmunizaciones en el contexto de la pandemia, actualizada el 24 de abril de 2020, las cuales fueron consultadas con los miembros del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación de OPS, y están alineadas con las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización de la OMS.

La OPS/OMS reiteró a los Estados Miembros la recomendación de garantizar coberturas de vacunación superiores a 95% con la serie primaria (tres dosis) y refuerzos (tres dosis) de forma homogénea en todos los municipios del país. Este esquema de vacunación garantiza una protección a lo largo de toda la adolescencia y la edad adulta (hasta los 39 años y posiblemente más). Las dosis de refuerzo de la vacuna contra la difteria deben administrarse en combinación con el toxoide tetánico, utilizando el mismo calendario y las fórmulas de vacunas apropiadas para la edad, a saber, triple bacteriana (difteria, tétanos y tos convulsa) para niños de 1 a 7 años y Td (toxoides diftérico) para los niños de más de 7 años, adolescentes y adultos.

La OPS/OMS reiteró e instó a los Estados Miembros a tomar las medidas necesarias para implementar la recomendación de la OMS de reemplazar la vacuna de toxoide tetánico (TT) por la vacuna combinada con el toxoide diftérico (Td), para asegurar una protección sostenida contra la difteria y el tétanos. Conforme a las [recomendaciones del GTA de 1997](#) y el [comunicado conjunto de 2018](#) de la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para el reemplazo de TT por Td.

La OPS/OMS recordó a los Estados Miembros que la difteria ha estado controlada gracias a las coberturas de vacunación, pero el agente etiológico asociado con esta enfermedad no ha sido eliminado, ni es objeto de un programa de eliminación. Por lo tanto, ante la reducción de las coberturas de vacunación en la población infantil, la caída de la inmunidad inducida por las vacunas en el tiempo, y la falta de dosis de refuerzos (tres) en adolescentes/adultos, es altamente probable que ocurran casos de difteria. Si no se incrementan las coberturas de vacunación con el esquema primario (tres dosis) y los refuerzos recomendados (tres), la enfermedad puede volver a ser endémica en la Región.

La OPS/OMS indicó que debe tenerse en cuenta que la población no vacunada o con esquema de vacunación incompleto (menos de seis dosis) se encuentran en riesgo.

La OPS/OMS recordó a los Estados Miembros que:

- Deben aprovecharse todas las oportunidades para completar el esquema de vacunación de las personas no vacunadas o con esquema incompleto, especialmente en las zonas densamente pobladas.
- Debe aprovecharse la oportunidad para la puesta al día del esquema de vacunación al ingresar al servicio militar u otras instituciones con requisitos similares.
- Debe evaluarse el estado de vacunación al ingresar a la escuela.
- Debe promoverse el uso de Td en lugar del TT para la vacunación de las mujeres embarazadas en el marco de la atención prenatal y como parte de la profilaxis antitetánica después de lesiones.

La OPS/OMS indicó que la vacunación durante el embarazo es recomendable ya que los anticuerpos maternos transplacentarios proporcionan una inmunidad pasiva al recién nacido durante los primeros meses de vida.

La OPS/OMS instó a los Estados Miembros con brotes de difteria en curso a implementar estrategias de vacunación basadas en la epidemiología de la enfermedad, enfocadas en las áreas geográficas afectadas, lo cual puede implicar la vacunación de adultos. Es importante cumplir con las orientaciones establecidas en el *Marco para la toma de decisiones: puesta en práctica de campañas de vacunación masiva durante la COVID-19* de la OMS.

Si bien los viajeros no tienen un riesgo especial de contraer difteria, se recomienda a las autoridades nacionales que recuerden a los viajeros que se dirigen a áreas con brotes de difteria que antes del viaje estén debidamente vacunados de acuerdo con el calendario nacional de vacunación establecido en cada país.

La OPS/OMS recomendó fortalecer los sistemas de vigilancia y la capacidad de diagnóstico laboratorial de difteria. El diagnóstico de laboratorio se realiza por cultivo del microorganismo en medios selectivos, pruebas bioquímicas y la prueba de Elek que confirma la producción de la toxina diftérica. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) detecta la presencia del gen de la toxina diftérica (tox) y es útil para detectar la presencia de la bacteria, especialmente en muestras que han tenido dificultades en la obtención, manipulación, o transporte o en casos que han iniciado tratamiento antimicrobiano previo a la obtención de la muestra.

La OPS/OMS recomendó realizar la prueba de Elek para confirmar la presencia de la toxina, principalmente en casos esporádicos y en países con brotes activos con casos en nuevas localidades o que presentan casos sin nexo epidemiológico directo con un caso confirmado.

La OPS/OMS urgió a los países a mantener una provisión de antitoxina diftérica para su uso oportuno y reducción de la tasa de letalidad, y capacitar al personal de los hospitales sobre su utilización y administración de la misma. Debe tenerse en cuenta que existe un mercado muy limitado de este producto, así como también las dificultades en el transporte de los mismos debido a la pandemia.

La vacunación es clave para prevenir casos y brotes; y el manejo clínico adecuado disminuye las complicaciones y la letalidad.

La OPS/OMS recomendó realizar cursos de capacitación sobre la epidemiología de la difteria, cuadro clínico, diagnóstico laboratorial, manejo, investigación y respuesta a brotes.²

² Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).

Desde Buenos Aires, el pasado 2 de noviembre, arrancó en modo virtual el [XX Simposio sobre Enfermedades Desatendidas](#), que organiza la fundación Mundo Sano, con la mirada puesta en los objetivos de la nueva hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas (ETD), aprobados por todos los miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La eliminación o erradicación de algunas de estas enfermedades ya está en el horizonte próximo. En realidad, ya es un hecho en algunos casos, como en Argentina y Paraguay, que lograron [eliminar la malaria](#), siendo [El Salvador](#) el último en sumarse a esa lista de países en 2021. Estos casos hacen de las Américas una punta de lanza. “Son la demostración de que se pueden lograr los objetivos de eliminación para 2030”, destacó Julie Jacobson, presidenta de la Sociedad Americana de Medicina Tropical e Higiene (ASTMH), en una de las primeras intervenciones del simposio.

Previamente, Mwele Malecela, directora del departamento para el control de las ETD de la OMS, destacó los hitos más importantes que se persiguen en la [nueva hoja de ruta \(2021-2030\)](#): reducción de hasta 90% de las personas que requieren atención por una o varias de estas dolencias y aumento de la cobertura de asistencia integrada de hasta 75%, el mismo porcentaje que se persigue para reducir las muertes por enfermedades transmitidas por vectores.

Las hojas de rutas sirven, entre otras cosas, para impulsar acciones que logren un impacto real, aunque no se llegue al objetivo planteado. Por ello, en el período de vigencia de la anterior (2012 y 2019), sabemos que “más de 1.000 millones de personas fueron atendidas por al menos una ETD y 40 países eliminaron una de esas enfermedades”. Así lo destacó Malecela. Además, mostró la cercanía a la eliminación y erradicación, con ejemplos como la tripanosomosis africana (muy cerca de su fin), el tracoma (reducido en 74%), o la filariosis linfática, eliminada en 16 países.

“Ahora los objetivos son aún más ambiciosos e incluyen un cambio de mentalidad”, dijo Malecela al respecto de la nueva hoja de ruta 2021-2030. Básicamente, se traduce en tres variaciones fundamentales. En primer lugar, se pasa de medir el proceso de implementación a medir el impacto real de los programas de atención sobre el terreno. En segundo, se pasa de un enfoque vertical a uno horizontal, que implica una mayor coordinación entre los diferentes sectores del sistema de salud, así como con otros de educación y desarrollo. El tercer y último gran vuelco tiene que ver con la apropiación y el compromiso para llevar a cabo el plan. En esta nueva década se busca que los países afectados por las ETD asuman un mayor liderazgo y compromiso, implicándose más en la construcción y búsqueda de recursos.

Los cuellos de botella

Tanto Jacobson como Malecela describieron los cuellos de botella encontrados en el proceso de construcción de esta hoja de ruta, en la que han participado cientos de expertos de países de todo el mundo. Lo primero es avanzar en el acceso y la adaptación de los métodos de diagnóstico. Sin ello, la desatención irá en aumento. Pero también hacen falta ajustes importantes

en las estrategias y la prestación de los servicios de salud, así como en la búsqueda de nuevas vías de financiación.

Jacobson mostró un mapa de colores que simboliza los avances en esos tres puntos. “Pasar del rojo (que representa una situación precaria) al verde (la situación óptima) requerirá esfuerzos de integración y sostenibilidad para lo que se está ya trabajando con los países afectados”, destacó.

El enfoque integral ayuda a pensar en la respuesta a las necesidades de salud como algo mucho más amplio, que empieza, por ejemplo, con el acceso a agua y saneamiento de calidad, algo de lo que todavía carecen las poblaciones vulnerables, más de 1.500 millones de personas que se ven afectadas por las ETD, según recordó [Marcelo Abril](#), director ejecutivo de la fundación Mundo Sano, en las palabras de apertura del simposio.

De entre todos los cuellos de botella analizados, el que no estaba previsto fue la COVID-19. Como recordó Abril, la pandemia mostró “que la capacidad de respuesta de los países, a nivel global y nacional, fue insuficiente. No estaban preparados”. Pero también destacó que el desarrollo científico ha demostrado su eficacia, rapidez y adaptación para responder a desafíos enormes. Al mismo tiempo, se ha evidenciado la necesidad de “superar las inequidades a través de la cooperación para hacer posible el acceso a la salud para todos”, algo directamente relacionado con las enfermedades desatendidas.

Y, a pesar de todo, con el retroceso que ha supuesto la COVID-19 en los programas de salud del resto de las enfermedades, “los países no renunciaron a empujar la hoja de ruta que se lanzó el 28 de enero de este 2021”, reconoció previamente la directora del departamento de ETD de la OMS, Mwele Malecela.

De Londres a Kigali

Las hojas de ruta son una herramienta útil para atraer apoyos desde sectores diversos. En su intervención, Jacobson recordó que cuando se lanzó la primera, en 2012, varias organizaciones público-privadas firmaron la [Declaración de Londres](#), donde se comprometieron a apoyar el esfuerzo de la OMS para la eliminación de 10 de las 20 ETD. Este año, se está trabajando en una nueva declaración que se impulsó a raíz de la cumbre sobre malaria y otras ETD en Kigali, capital de Ruanda, y que contendrá compromisos importantes para los países y todos los sectores relacionados con estas enfermedades.

Jacobson anticipó un fragmento de la declaración: “Tenemos una oportunidad única para cambiar la vida de 1.700 millones de personas que padecen enfermedades desatendidas. Estas se pueden prevenir y tratar”. Y animó a la participación de todos, desde cualquier sector, no solo de salud, para llegar a la eliminación, erradicación o control de las ETD en 2030.

Además, Jacobson ejemplificó en el trabajo de Mundo Sano el modelo buscado por la hoja de ruta en la atención integral a varias enfermedades desatendidas. La fundación, de origen argentino, es una de las más importantes en la lucha contra la enfermedad de Chagas, que ahora es un poco más visible gracias a la unión de diferentes organizaciones. Este año, también comenzará un nuevo programa de países endémicos y no endémicos para el control de la transmisión materno-infantil, llamado *Ningún bebé con Chagas*, y que fue aprobado en la pasada Cumbre Iberoamericana.

Además de exposiciones orales de actualización sobre otras enfermedades como la lepra o la helmintiosis, el simposio, que finaliza el 4 de noviembre, expone en su plataforma virtual, unos 70 estudios sobre diferentes áreas relacionadas con las ETD, según apuntó Victoria Perriago, de Mundo Sano.

Costa Rica se convirtió el 5 de noviembre en el primer país del mundo que obliga a los niños a vacunarse contra la COVID-19. La inyección se unirá a la larga lista de vacunas básicas de la infancia que se requieren por ley, anunciaron las autoridades sanitarias.

El gobierno del país firmó un acuerdo con Pfizer para adquirir dosis para empezar la vacunación de todos los menores de 12 años a partir de marzo de 2022.

Esta misma semana, los órganos reguladores de Estados Unidos aprobaron la vacuna de Pfizer-BioNTech para los niños de entre 5 y 11 años.

La mayoría de los niños son poco propensos a enfermar seriamente si contraen la COVID-19, pero aun así pueden ser contagiosos, aunque no tengan síntomas. La vacuna puede evitar que propaguen el virus a otras personas.

El acuerdo de Costa Rica con Pfizer contempla que el país reciba 3,5 millones de dosis, de las cuales 1,5 millón se reservarán para los menores de 5 a 11 años.

Las otras vacunas se destinarán a terceras dosis para personal sanitario, los mayores y personas con inmunodeficiencias.

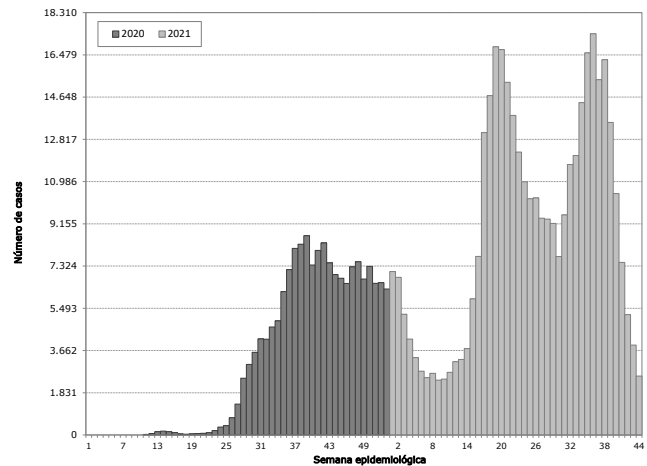
Hasta la fecha, cerca de 55% de las personas elegibles han recibido la pauta completa, según cifras de [Our World in Data](#).

Más de 70% de los jóvenes de entre 12 y 19 años han recibido al menos una dosis de la vacuna, de acuerdo a datos de las autoridades.

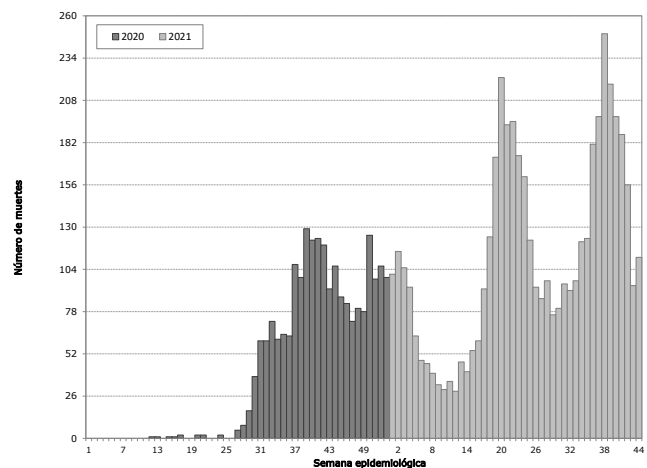
La decisión de Estados Unidos de aprobar la vacuna de Pfizer-BioNTech para menores de 5 a 11 años despejó el camino para que 28 millones de jóvenes estadounidenses se vacunaran. Reciben una inyección con un tercio de la dosis que se administra a los adultos.

Funcionarios de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determinaron que la vacuna tiene alrededor de 91% de efectividad para evitar la COVID-19 en niños pequeños y que su respuesta inmune es comparable a la que se ve en personas de 16 a 25 años. Los investigadores no hallaron efectos secundarios de importancia.

Se espera que más países sigan el ejemplo.



Casos confirmados de COVID-19. Costa Rica. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 44 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 5 de noviembre de 2021, 17:11 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Costa Rica. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 44 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 5 de noviembre de 2021, 17:11 horas.

El Ministerio de Salud, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y la Caja Costarricense de Seguro Social, con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud, realizan importantes esfuerzos para alcanzar la meta de eliminación de la malaria en el país para el año 2025.

Las acciones consisten principalmente en visitas del personal de salud a las comunidades para encontrar los casos activos, diagnosticarlos y tratarlos de inmediato para evitar la transmisión.

También se llevan a cabo intervenciones en las viviendas para rociar insecticidas y entregar mosquiteros a las familias, y se realiza monitoreo y tratamiento de criaderos potenciales del mosquito *Anopheles albimanus*, que transmite la malaria.



Como parte del proceso hacia la eliminación de casos autóctonos de malaria, se busca identificar el origen de posibles infecciones y comprender las dinámicas de transmisión; esto con intervenciones conjuntas en los focos transfronterizos tomando como referencia el *Acuerdo binacional entre el Ministerio de Salud de la República de Costa Rica y el Ministerio de Salud de la República de Nicaragua*, el cual entró en vigencia en el primer semestre de este año.

Entre 2016 y 2020 se registraron en Costa Rica 432 casos de malaria –principalmente en la Región Huetar Norte– de los cuales 68% fueron por transmisión local y 32% importados. El país continúa trabajando para lograr la eliminación de la malaria para el año 2025, meta que comparte con otros 24 países del mundo y que alcanzará una vez que hayan transcurrido tres años seguidos sin detección de casos autóctonos.

“Entre 2005 y 2014, hubo una tendencia a la reducción en el número total de casos de malaria y muertes en toda la Región de las Américas; sin embargo, desde 2015 ha habido una tendencia al aumento. Desde la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) continuamos apoyando al país para proteger los avances y logros en la ruta hacia la eliminación, fortaleciendo las capacidades del personal de salud como parte de la estrategia de vigilancia y prevención”, indicó la Representante de OPS/OMS en Costa Rica, Dra. María Dolores Pérez.

El 6 de noviembre se celebra por decimoquinta ocasión el Día contra la Malaria en las Américas, con el lema “Alcanzar la meta de malaria cero”, como un llamado para fortalecer la batalla contra esta enfermedad.

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y el Distrito Central de Salud reportaron el primer caso humano de rabia y posterior muerte en Idaho desde 1978. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos confirmaron el diagnóstico después de realizar pruebas en su laboratorio.

“Este trágico caso destaca la importancia para los habitantes de Idaho de ser conscientes del riesgo de exposición a la rabia”, dijo la Dra. Christine Hahn, epidemióloga estatal.

“Aunque las muertes son raras, es fundamental que las personas expuestas a un murciélago reciban el tratamiento adecuado para prevenir la aparición de la rabia lo antes posible”.

A fines de agosto, un hombre del condado de Boise encontró un murciélago en su propiedad. Voló cerca de él y quedó enredado en su ropa, pero no pensó que lo hubiera mordido o arañado. En octubre, enfermó y fue hospitalizado en Boise, donde murió posteriormente. No fue sino hasta que comenzó la investigación sobre su enfermedad que se descubrió la exposición al murciélago.

Los funcionarios de salud pública están trabajando en estrecha colaboración con la familia y los proveedores de atención médica. El Distrito Central de Salud está trabajando con el hospital donde fue tratado para identificar a las personas que pueden haber estado expuestas. Aquellos que tuvieron contacto con las secreciones del individuo están siendo evaluados y recibirán tratamiento preventivo contra la rabia según sea necesario.

La rabia tiene la tasa de mortalidad más alta de todas las enfermedades. Si bien los casos de rabia humana en Estados Unidos son raros, las exposiciones a la rabia son comunes, y se estima que 60.000 estadounidenses reciben la serie de vacunas post-exposición cada año. Sin tratamiento preventivo, la rabia casi siempre es mortal.

“Se recuerda a los habitantes de Idaho que los murciélagos pueden infectarse con el virus de la rabia. Si bien los murciélagos pueden ser beneficiosos para nuestro ambiente, las personas deben tener cuidado con cualquier encuentro con estos animales, incluido el despertar con un murciélago en su habitación, o cualquier situación en la que haya habido un mordisco o un rasguño”, dijo la Dra. Leslie Tengelsen, veterinaria de salud pública del estado.

Los murciélagos son las especies más comúnmente identificadas con rabia en Idaho. “Cada año se reportan varias personas y mascotas expuestas a la rabia en el distrito, generalmente desde la primavera hasta el otoño”, dijo Lindsay Haskell, gerente del Programa de Control de Enfermedades Transmisibles del Distrito Central de Salud. “Queremos que nuestros residentes y visitantes de Idaho estén informados del riesgo de contraer rabia, y que tomen las medidas adecuadas para limitar el riesgo”.



Murciélago moreno norteamericano (*Eptesicus fuscus*), la especie de murciélago más común en Idaho.

Las personas generalmente saben cuándo han sido mordidas por un murciélago, pero los murciélagos tienen dientes muy pequeños y es posible que la marca de la mordedura no sea fácil de ver. Si se tiene contacto con un murciélago o se despierta con un murciélago en el dormitorio, tienda de campaña o cabaña, y no se está seguro de si estuvo expuesto, debe capturarse adecuadamente al murciélago para que se le pueda realizar la prueba de rabia.

Si el murciélago está disponible para la prueba y los resultados son negativos, no se necesita tratamiento preventivo. La única forma en que se puede confirmar la rabia en un murciélago es mediante pruebas de laboratorio. No se puede saber con solo mirar un murciélago si tiene rabia.

A veces, el murciélago no está disponible para realizar pruebas; en este caso, si ha existido una posible exposición, se puede recomendar el tratamiento con vacuna antirrábica e inmunoglobulina antirrábica en caso de que el murciélago tuviera rabia. El médico o el departamento de salud local determinarán si pudo haber estado expuesto a la rabia y si necesita tratamiento preventivo.

En lo que va de 2021, catorce murciélagos han dado positivo por rabia en Idaho. Durante 2020, el 11% de los 159 murciélagos que fueron analizados dieron positivo para rabia.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (DHHS), División de Servicios de Salud Pública (DPHS) anunció que tres adultos de Loudon, Pittsfield y Rumney, dieron positivo para el [virus de Jamestown Canyon](#), una infección viral transmitida por la picadura de un mosquito infectado. Con éstas, son cuatro las infecciones humanas detectadas en el estado en esta temporada.

Los casos de Rumney y Pittsfield fueron hospitalizados con síntomas neurológicos, pero ya han sido dados de alta y se están recuperando en su hogar. La persona infectada en Loudon no fue hospitalizada y actualmente goza de buena salud.

El nivel de riesgo de arbovirus para ciudades y pueblos indica el riesgo de transmisión de enfermedades transmitidas por mosquitos a las personas. El [nivel de riesgo de arbovirus](#) para Loudon, Rumney y Pittsfield pasó a “alto”. El nivel de riesgo para las ciudades circundantes de Wentworth, Warren, Ellsworth, Campton, Plymouth, Groton, Dorchester, Chichester, Gilmanston, Barnstead, Strafford, Northwood, Pembroke, Concord y Canterbury se aumentó a “moderado”. El nivel de riesgo para la ciudad vecina de Epsom continúa siendo “moderado”.

“Con estas tres infecciones por el virus de Jamestown Canyon ocurriendo a principios del otoño, es importante recordar que la temporada de mosquitos se extiende más allá de los meses de verano. Los mosquitos pueden continuar transmitiendo infecciones como el virus de Jamestown Canyon hasta que ocurra una helada intensa que los mate”, afirmó el Dr. Benjamin Chan, epidemiólogo estatal de New Hampshire. “Los residentes y visitantes de New Hampshire deben tomar medidas para evitar las picaduras de mosquitos desde el momento en que la nieve se derrite en la primavera hasta las primeras heladas fuertes del otoño”.

El virus de Jamestown Canyon es un patógeno transmitido por mosquitos que circula ampliamente en América del Norte, principalmente entre ciervos y mosquitos, pero también puede infectar a los humanos. El [virus de la encefalitis equina del Este](#) y el [virus del Nilo Occidental](#) también se pueden transmitir a las personas a través de las picaduras de mosquitos.

Las personas pueden infectarse y no desarrollar ningún síntoma, o solo presentar síntomas muy leves de estas tres enfermedades. Los primeros síntomas pueden incluir fiebre, dolores musculares, dolores de cabeza y fatiga, pero pueden presentarse síntomas más graves del sistema nervioso central, como meningitis o encefalitis.

Los informes de casos humanos de infecciones por el virus de Jamestown Canyon han aumentado durante los últimos años, a medida que aumenta el reconocimiento y las pruebas de este virus. New Hampshire ha detectado 18 casos desde el primer informe de la enfermedad en el estado en 2013. La mayoría de los casos de esta enfermedad son leves, pero se ha informado de afectación del sistema nervioso central de moderada a grave que requiere hospitalización, incluidas infecciones mortales. En New Hampshire, se han registrado casos humanos desde mediados de mayo y hasta principios de noviembre.

A principios de 2017, un equipo de personal médico, incluidos médicos, enfermeras y voluntarios, regresó a Florida después de trabajar como voluntario en una clínica en Haití. Poco después de su regreso, 20 miembros del equipo comenzaron a sentirse mal. Presentaron fiebre leve y no se sentían muy enfermos.

En ese momento, el virus Zika circulaba en Haití y los funcionarios de salud estaban preocupados de que los viajeros pudieran haber sido infectados, lo que podría importar la enfermedad transmitida por mosquitos a Florida. Se tomaron muestras de orina de cada viajero se les realizó la prueba estándar de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para detectar el virus Zika.

Todas dieron negativo. Pero los investigadores no estaban satisfechos, ya que presumían que las muestras de orina contenían un virus, no el Zika, sino otro.

Así que tomaron un poco de orina de seis de los viajeros y la agregó a una solución especial de células de mono. El objetivo era simple: ver si algún virus en la orina podría infectar las células de los monos, comenzar a replicarse y crecer hasta niveles detectables. De esa manera, se podría recolectar los genes del virus e identificarlo.

Y ocurrió lo inesperado: encontraron un coronavirus. Y no cualquier coronavirus, sino uno que muchos científicos creen que puede ser un nuevo patógeno humano, probablemente el octavo coronavirus que se sabe que causa enfermedades en las personas. Resulta que este coronavirus en los viajeros de Haití ha surgido anteriormente, en el otro lado del mundo.

El coronavirus canino probablemente causa neumonía en los niños

En mayo, un grupo de investigadores identificó un nuevo alfacoronavirus, estrechamente relacionado con un coronavirus canino, en ocho de 301 (2,65%) niños hospitalizados con neumonía en Sarawak, Malasia. El virus fue detectado en el tracto respiratorio superior de pacientes evaluados en 2017 y 2018.

La secuencia genética del virus de Malasia sugirió que probablemente se originó en perros y luego saltó a las personas, ya que la mayor parte del genoma era coronavirus canino.

Aunque los hallazgos sonaron alarmantes, los investigadores no tenían evidencia de que el virus pudiera propagarse entre las personas o de que se extendiera por todo el mundo. Estas infecciones humanas con coronavirus caninos parecen ser incidentes aislados que no condujeron a una transmisión humana extensa.

Ahora otro grupo de científicos encontró un virus casi idéntico que infecta a personas a casi 17.400 kilómetros de distancia, al mismo tiempo. La secuencia genética del virus en Haití es 99,4% idéntica a la de Malasia.



Un niño y un perro corren por una playa en Haití, desde donde los trabajadores de la salud parecen haber contraído un nuevo coronavirus.

Y la gran pregunta es: ¿Cómo llega un virus canino en Malasia a los médicos y enfermeras de Haití?

Un virus muy extendido, pero cómo se propaga es un misterio

El virus probablemente circula ampliamente, pero nadie le ha prestado atención. Se sospecha que está circulando en todo el mundo. Y si una persona ha estado cerca de perros con frecuencia, es posible que se haya infectado con este virus o haya desarrollado inmunidad al exponerse a un virus similar. Esto se sabrá cuando los científicos comiencen a buscar anticuerpos dentro de muestras de sangre más antiguas tomadas de pacientes con enfermedades respiratorias. Es posible que algunos de ellos hayan sido diagnosticados erróneamente en su momento.

Algunos científicos piensan que los médicos e investigadores deberían comenzar a buscar activamente este virus en los pacientes, por varias razones: en primer lugar, porque este virus se ha asociado con varios casos de neumonía en niños; y en segundo, porque se desconoce realmente si puede transmitirse de persona a persona.

El hecho de que los científicos hayan detectado virus casi idénticos tanto en Haití como en Malasia, al mismo tiempo, sugiere que el virus se propaga entre las personas.

Se debe tener en cuenta la secuencia temporal. Estos dos virus, muy similares, se han detectado en un período de tiempo reducido pero en regiones del mundo muy distantes. Eso podría suceder si un virus casi idéntico circulara en perros tanto en Haití como en Malasia y luego saltara a personas en ambos países en el mismo año, lo que sería realmente sorprendente si sucediera.

La segunda hipótesis es que el virus está circulando en las personas, en niveles bajos, en muchas regiones del mundo, sin ser detectado, que es la hipótesis más probable.

Si esta última hipótesis resulta cierta, este coronavirus canino será el octavo coronavirus que se sepa que se propaga entre los humanos.

Por qué este hallazgo es una buena noticia

En la superficie, estos nuevos hallazgos suenan como una mala noticia. Lo último que el mundo necesita en este momento es otro coronavirus, uno que puede desencadenar neumonía en los niños. Pero en realidad es una buena noticia porque significa que los científicos han detectado este virus antes de que haya causado un gran problema.

Se ha descubierto y caracterizado el virus, antes que grandes grupos de personas mueran o enfermen gravemente, que es la forma en que la mayoría de los descubrimientos de virus se han producido en el pasado.

Al detectar prematuramente este virus, los científicos ahora tienen tiempo de estudiarlo, crear herramientas para diagnosticarlo y comprender lo que podría ser necesario para detenerlo. Aunque no es motivo de gran preocupación en este momento, siempre existe el riesgo de que el virus evolucione y se convierta en un problema mayor, como probablemente fue el caso del SARS-CoV-2.

Es casi seguro que el SARS-CoV-2 estuvo circulando durante bastante tiempo y enfermando levemente a las personas, no lo suficiente como para ser notado. Si los científicos lo hubieran detectado en esta etapa, tal vez el mundo hubiera tenido tiempo de desarrollar una prueba, algunos tratamientos prometedores e incluso una vacuna preliminar. Quizás la pandemia hubiera tomado un curso muy diferente, menos letal.

Es importante encontrar estos nuevos virus mucho antes de que se adapten completamente a los humanos y se conviertan en un problema pandémico. Afortunadamente, hoy se dispone de las herramientas para detectar y evaluar el riesgo de virus tan novedosos. Solo se necesita la voluntad política y el apoyo financiero para hacerlo.³

³ Actualmente se conocen siete coronavirus que causan infecciones con enfermedad en humanos. Cuatro están asociados con síntomas respiratorios superiores leves compatibles con el “resfrío común”: 229E, NL63, OC43 y HKU1. Los otros tres están asociados con enfermedad respiratoria grave: SARS-CoV-1 (2003), MERS-CoV (2012 hasta el presente) y SARS-CoV-2, el virus asociado con COVID-19.

Se sabe que los perros padecen dos enfermedades causadas por coronavirus: el coronavirus entérico canino (CECoV; un alfacoronavirus) y el coronavirus respiratorio canino (CRCoV; un betacoronavirus).

El CECOV afecta principalmente el tracto gastrointestinal, y sus células huésped primarias son los enterocitos; causan una gastroenteritis leve y diarrea, y raramente, enteritis severa y signos sistémicos. Se transmite por vía fecal-oral.

El CRCoV afecta el tracto respiratorio y sus células huésped primarias son las que conforman el epitelio respiratorio; provoca una enfermedad leve de las vías respiratorias superiores y se transmite a través de aerosoles.

Sería interesante comprobar si el nuevo alfacoronavirus recombinante canino en humanos se identifica en mascotas y si causa signos clínicos –quizás entéricos– en estos animales.



ALEMANIA

NUEVO RÉCORD DE CASOS DE COVID-19

08/11/2021

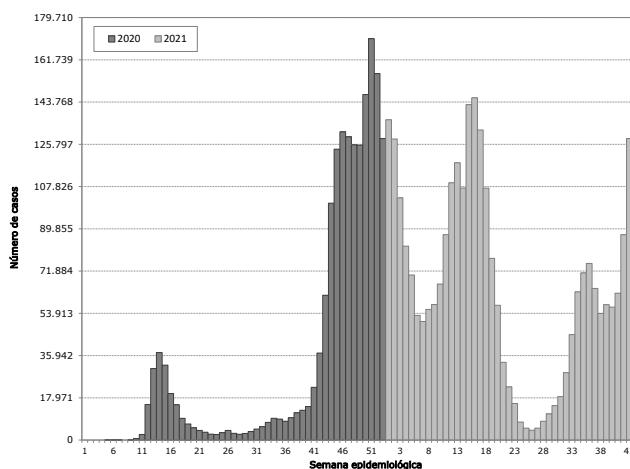
La tasa de contagios de la COVID-19 en Alemania subió el 8 de noviembre a su nivel más alto hasta ahora, conforme se aceleraba lo que las autoridades describieron como una “pandemia de los no vacunados”.

El Instituto Robert Koch (RKI), el centro nacional de control de enfermedades de Alemania, dijo que el país había registrado 201,1 casos nuevos cada 100.000 habitantes en los siete días anteriores. Eso estaba por encima del récord anterior de 197,6, marcado el 22 de diciembre del año pasado. Aunque seguía siendo un número inferior al de otros países europeos, hizo sonar las alarmas en Alemania.

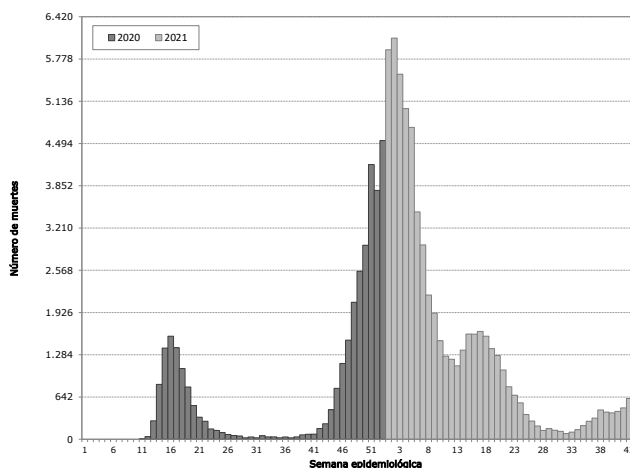
Hace tiempo que la tasa de contagios no es la única medida para determinar la estrategia contra la COVID-19 en Alemania, pero las autoridades señalaron que los hospitales se estaban saturando en las zonas más afectadas. “La verdad es que habría muchos menos pacientes con COVID-19 en cuidados intensivos si todos los que pueden hacerlo se vacunaran”, dijo Jens Georg Spahn, ministro de Salud alemán.

El 8 de noviembre se reportaron 15.513 casos nuevos en las 24 horas previas, por debajo del récord de 37.120 del 5 de noviembre, aunque las cifras suelen ser más bajas tras el fin de semana.

Alemania ha tenido problemas para reavivar su paralizada campaña de vacunación. Al menos 67% de sus 83 millones de habitantes están vacunados por completo, según cifras oficiales, lo que según las autoridades no es suficiente. A diferencia de otros gobiernos europeos, Berlín ha sido reacia a imponer las vacunaciones por categorías profesionales.



Casos confirmados de COVID-19. Alemania. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 44 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 8 de noviembre de 2021, 12:03 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Alemania. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 44 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 8 de noviembre de 2021, 12:03 horas.

La vacunación ha sido más lenta en los estados orientales de Sachsen y Thüringen, donde las tasas de vacunación son de 59% y 62,2%, respectivamente, según cifras del Ministerio de Salud.



Alemania tiene un mosaico de normas regionales dispares. La mayoría de los estados restringen el acceso a eventos y recintos de interior a personas vacunadas, recuperadas o que se han hecho pruebas recientes, aunque estas últimas serán excluidas en algunos lugares. A menudo, esas normas no se cumplen de forma estricta. También varían las reglas sobre el uso del barbijo en las escuelas.

Las pruebas rápidas gratuitas para todos se retiraron hace un mes en un esfuerzo de incentivar a más gente a vacunarse. Ahora hay muchas peticiones de que se reinstauren. Y las autoridades apoyan las dosis de refuerzo para cualquiera que se haya vacunado hace seis meses o más.

Spahn también llamó a fortalecer los controles en los lugares públicos donde solo se permitirá el ingreso a aquellos con prueba de vacunación o un certificado de recuperación de la COVID-19. “Esto no tiene nada que ver con el acoso por las vacunas, se trata principalmente de evitar sobrecargar el sistema de salud, como vemos en Sachsen y Thüringen”, dijo.

Lothar Wieler, presidente del RKI, dijo: “Si no actuamos ahora, esta cuarta ola traerá mucho sufrimiento. Muchas personas enfermarán gravemente y morirán, y el sistema de atención de la salud se verá muy afectado”.

Presión sobre los hospitales

La Asociación Alemana de Hospitales (DKG) también advirtió el 3 de noviembre sobre la escasez de personal relacionado con la COVID-19.

Según una encuesta de la DKG, 72% de los hospitales dijeron que tenían menos personal disponible en cuidados intensivos que a fines de 2020. Y 86% de esos hospitales dijeron que no pueden operar sus salas de cuidados intensivos por completo debido a la escasez de personal.

Las razones de esa escasez son, según la DKG, dimisiones de personal y menor jornada laboral debido a las presiones de la pandemia.

El 3 de noviembre, el estado de Baden-Württemberg impuso nuevas restricciones, después de que se ocuparan más de 250 camas de cuidados intensivos durante dos días consecutivos. Los residentes ahora deberán presentar una prueba de COVID-19 negativa que no tenga más de 48 horas para ingresar a restaurantes y cines.

La canciller de Alemania, Angela Dorothea Merkel, está “muy preocupada” por la disminución de la capacidad hospitalaria, según el portavoz del gobierno alemán Steffen Rüdiger Seibert.

“Lo que le preocupa tanto es que seguimos teniendo más de 16 millones de adultos no vacunados en Alemania; y de ellos, más de 3 millones son mayores de 60 años”, dijo.

“La pandemia no está disminuyendo, como algunos pueden haberse imaginado en el verano, sino que nos está desafiando ahora y lo hará enormemente en las próximas semanas”, agregó Seibert.

Alemania opera ahora bajo un gobierno provisional tras las elecciones de septiembre. Los partidos que se espera formen el próximo gobierno tienen previsto llevar esta semana al parlamento una ley que permitiría poner fin a final de mes a la “situación epidémica de escala nacional” activada en marzo de 2020, pero establecería un nuevo marco legal para tomar medidas contra la COVID-19.

A pesar de la amplia disponibilidad de vacunas este invierno en comparación con el anterior, Europa es la única región del mundo que informa un aumento de nuevos casos de COVID-19 a nivel mundial, dijo la Organización Mundial de la Salud (OMS) la semana pasada.

El sufrimiento ha sido agudo en Europa del Este y Rusia, que están luchando contra el aumento de muertes y casos alimentados por el escepticismo ante las vacunas que ha visto caer las tasas de cobertura hasta 24%, según datos del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).

Las diferentes tasas de vacunación han colocado al este y al oeste de Europa en dos caminos separados, pero comparten tasas de casos crecientes impulsadas por la relajación de las restricciones pandémicas a medida que las economías se abren, el clima frío lleva a las personas a interiores y la altamente transmisible variante Delta, dicen los expertos.

Los funcionarios de salud japoneses registraron 128 nuevos casos de sífilis en la semana epidemiológica 38, lo que elevó el total de casos para el año 2021 por encima de la marca de 6.000, faltando dos meses para el final del año.

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Japón, en Tokio, hasta la fecha se han notificado 6.031 casos de sífilis en total, 1.891 de los cuales (31%) se notificaron en Tokio.

En 2017, Japón registró 5.534 casos de sífilis, el número más elevado en más de cuatro décadas. A esto le siguieron dos años consecutivos con más de 6.000 casos; antes de 2018, la última vez que Japón contabilizó más de 6.000 casos de sífilis fue hace 48 años.

La sífilis fue un problema importante en Japón hasta poco después del final de la Segunda Guerra Mundial, pero el total de casos reportados disminuyó a varios cientos anualmente hasta 2011, cuando comenzó un repunte.⁴

⁴ Las cifras anuales de sífilis indicados son casos totales, que incluyen casos de sífilis primaria y secundaria (las formas más contagiosas), sífilis latente (“asintomática”), terciaria (“sintomática tardía”) y congénita, con 4.575 casos en total en 2016, 5.826 en 2017 y 7.007 en 2018. En 2019, hubo 6.577 casos en total; en 2020, 6.923 casos. Según el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Japón, en los últimos años, alrededor de 70% del total de casos corresponde a sífilis primaria y secundaria.

La incidencia de sífilis primaria y secundaria que inicialmente involucró principalmente a hombres que tienen sexo con hombres también incluye más recientemente a mujeres de entre 20 y 30 años. El aumento de la incidencia de sífilis en mujeres en edad fértil se ha asociado con una incidencia creciente de sífilis congénita en Japón.

Aunque cabe señalar que hubo cambios en los métodos de vigilancia, el número de casos de sífilis notificados había disminuido significativamente desde 1948, con una tendencia decreciente en su conjunto, aunque se observaron algunos picos en 1967, 1972, 1987, 1999 y 2008. Sin embargo, el número aumentó rápidamente después de 2010. El número total de casos de sífilis notificados en 2015-2018 fue de 20.098 (13.641 hombres, 68%; y 6.457 mujeres, 32%). Entre ellos, 14.017 (69,7%) fueron sífilis sintomática temprana (6.924 primaria y 7.093 secundaria), 459 sífilis sintomática tardía, 5.568 sífilis asintomática y 54 sífilis congénita. Desde 2015, se han notificado anualmente entre 9 y 17 casos de sífilis congénita, y el número ha ido en aumento en los últimos años. La tasa de incidencia cada 100.000 habitantes fue de 2,1 en 2015 y de 5,5 en 2018. La tasa de incidencia anual media por prefectura fue más alta en Tokio, seguida de Osaka y Okayama.

Tanto en hombres como en mujeres, la sífilis sintomática temprana, que refleja la tendencia de los pacientes en la etapa temprana de la infección por *Treponema pallidum*, representó la mayoría. Con respecto a la distribución por edades reportada de la sífilis sintomática temprana, alcanzó su punto máximo para las mujeres a los 20-30 años, mientras que los hombres tuvieron un pico amplio entre los 20 y 40 años y aumentó en el mismo grupo de edad después de 2015. Un total de 555 pacientes (hombres: 188, mujeres: 367) se reportaron menores de 20 años entre 2015 y 2018. En cuanto a las vías de contagio, para los hombres, las infecciones por contacto heterosexual han sido más altas que las infecciones por contacto homosexual desde 2015, las cuales habían aumentado levemente hasta 2018. Para las mujeres, la mayoría de las infecciones fueron causadas por el contacto heterosexual y el aumento también se debió a esta vía de infección.

A partir del 1 de enero de 2019, se agregó lo siguiente a la encuesta sobre brotes de enfermedades infecciosas: embarazo, infección por VIH, historial de infección por sífilis, historial de trabajo y uso de la industria del sexo y presencia de lesiones orales o faríngeas. Según datos preliminares, el número de notificaciones de casos de sífilis en embarazadas fue de más de 200 por año.

Hasta el 3 de octubre, se había confirmado que 33 personas estaban infectadas con *Salmonella enterica enterica* serovar Typhimurium monofásica. La secuenciación del genoma completo demostró que los casos de la enfermedad se han infectado con la misma cepa de *Salmonella* Typhimurium y, por tanto, se sospecha que existe una fuente común de infección.

Los casos, que tienen entre 2 y 89 años de edad (mediana de 29 años), son nativos de siete regiones diferentes de Suecia. La mayoría de los casos son menores de 18 años (16 casos) y mayores de 60 años (13 casos). Se enfermaron más mujeres (21 casos) que hombres (12 casos). Las unidades de control de infecciones afectadas, junto con la Administración Nacional de Alimentos y la Agencia Sueca de Salud Pública, están investigando el brote para identificar la fuente de la infección, que se sospecha es un alimento con una amplia distribución en Suecia.

En Suecia, menos de 1% de todos los animales de granja y los alimentos derivados están infectados con *Salmonella*, a diferencia de la mayoría de los demás países de Europa, donde es común que, por ejemplo, el pollo y los huevos crudos estén contaminados con estas bacterias. En la mayoría de los países europeos (excepto Noruega, Finlandia y Suecia), *Salmonella* Enteritidis en los huevos y el pollo es un problema particularmente grave.

En Suecia, se notifican unos 3.000 casos de salmonelosis al año, de los cuales alrededor de tres cuartas partes se infectan fuera del país.

Existen más de 2.000 tipos diferentes de *Salmonella*, de los cuales unos 20 son relativamente comunes en Suecia.

El mayor brote sueco de los últimos años se produjo en 2007, con 179 casos de *Salmonella* Java en diferentes partes del país. La investigación epidemiológica apuntó a las espinacas baby⁵ importadas como la causa del brote, algo que nunca pudo ser confirmado microbiológicamente.

Salmonella se ha detectado con regularidad en la rúcula importada y ha causado brotes menores. Varios de estos brotes también se han extendido internacionalmente, ya que otros países también han importado esta verdura.

Un brote por *Salmonella* Reading en Skåne en 2007 implicó importantes investigaciones y colaboraciones a través de las fronteras gubernamentales. Se la detectó en granjas, animales, seres humanos, piensos y alimentos.

Las investigaciones internacionales son comunes. En 2008/2009, *Salmonella* Typhimurium provocó un brote en Suecia, Noruega y Dinamarca. La fuente de infección fue carne danesa vendida en Suecia que tanto suecos como noruegas habían comprado y consumido.

Salmonella era anteriormente un problema mayor en Suecia. En 1953 hubo un gran brote con alrededor de 9.000 casos y 90 muertes. La infección, por *Salmonella* Typhimurium, se propagó a través de embutidos y carne contaminados de un matadero. Este brote fue la base de la implementación del Programa de Control de *Salmonella* aún vigente en Suecia.

⁵ Las espinacas baby se cosechan cuando el tallo apenas se ha desarrollado y solo tienen nervios finos. Tienen las hojas delgadas y tiernas y son ricas en distintas vitaminas y minerales. Son dulces cuando se consumen crudas, aunque también tienen unas sutiles notas amargas.

El brote de sarampión en curso en la República Democrática del Congo continúa evolucionando con más casos y muertes reportadas. En 2021, hasta la semana epidemiológica (SE) 40, se ha notificado un total de 43.277 casos sospechosos, con 665 muertes (tasa de letalidad de 1,5%) en 369 de 519 distritos sanitarios (71%), en 26 provincias.

El brote se ha confirmado en 82 distritos sanitarios de 23 provincias afectadas, incluida la ciudad capital de Kinshasa. Se han investigado un total de 2.674 casos sospechosos, de los que 1.113 (41,6%) fueron IgM+ para sarampión, de los cuales 702 (63,0%) eran menores de cinco años y en la mitad de ellos su estado de vacunación era desconocido. Un total de 436 casos (39,2%) son IgM+ para rubéola, de los cuales 24 casos (5,5%) tienen más de 14 años.

El último pico de casos semanales notificados ocurrió en la SE 26, con 1.817 casos, después de lo cual se observó una tendencia a la baja hasta la SE 32. Se observó un aumento en el número de casos notificados entre las SE 33 y 40. Las últimas cinco SE –desde la SE 36– han registrado un promedio de 951 casos sospechosos de sarampión, con 1.413 casos y 55 muertes.

En la SE 39, se declaró un brote de sarampión en la densamente poblada capital, Kinshasa, en cuatro distritos sanitarios: Kingabwa, Police, Nsele y Masina II. En 2021, hasta la SE 38, Kinshasa registró 205 casos sospechosos, de los cuales se tomaron muestras de 107 (52,0%). De los casos muestreados, 21 (20%) fueron IgM+ para sarampión y 26 (30%) fueron IgM+ para rubéola. Solo 17 (8,3%) personas entre los casos sospechosos notificados tenían antecedentes de vacunación contra el sarampión.

El 33,3% (7/21) de los casos confirmados se encuentran en el grupo de edad de 6 a 59 meses, mientras que 66,6% (14/21) tienen entre 6 meses y 10 años. Entre los casos sospechosos notificados, 58% son mujeres. El riesgo de una rápida propagación del brote en Kinshasa es alto dada la alta densidad de población y las altas tasas de desnutrición crónica entre los menores de 5 años (43%).

Acciones de salud pública

- Se están implementando actividades de respuesta local en algunos distritos sanitarios de todo el país con el apoyo de los socios en la implementación, especialmente para la vacunación, el manejo de casos y la vigilancia.
- Se han organizado campañas de vacunación reactiva y se ha vacunado a un total de 732.787 niños de 6 meses a 9 años en 331 áreas sanitarias de 24 distritos sanitarios.
- Están en curso reuniones de coordinación para las actividades de respuesta.
- Se llevaron a cabo investigaciones locales en algunos distritos sanitarios, incluidos los que estaban en modo de brote en la ciudad capital de Kinshasa (Kingabwa, Nsele, Masina II y Police).
- Continúan los preparativos para la introducción de la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión en el calendario de vacunación de rutina.
- Está en marcha la continuación de la atención gratuita de casos con el apoyo de los socios del Ministerio de Salud en los distritos sanitarios durante el brote.

- Continúa la movilización de recursos para organizar campañas de vacunación reactiva en los restantes distritos sanitarios en situación de brote.

Interpretación de la situación

El sarampión es endémico en la República Democrática del Congo y ocurren brotes todos los años. La baja cobertura de vacunación contra esta enfermedad en algunos distritos sanitarios siempre se ha identificado como el principal factor de riesgo de brotes de sarampión. Entre 2018 y 2020 se observa una disminución de alrededor de 40% en los casos y las muertes relacionadas en comparación con el mismo período. Esta disminución podría deberse al impacto de las actividades complementarias de inmunización contra el sarampión que se lanzaron en 2019. Sin embargo, esto no debería reducir la vigilancia, ya que el país sigue siendo uno de los que corre el riesgo de un brote a gran escala si no se implementan medidas adecuadas contra el sarampión.

Acciones propuestas

- Es importante movilizar los recursos necesarios para lograr los objetivos establecidos en el plan nacional de eliminación del sarampión de la República Democrática del Congo, especialmente en lo que respecta a la vacunación contra el sarampión para reducir el riesgo de futuros brotes.
- Se requieren estrategias de respuesta específicas y adaptadas para áreas de difícil acceso con el fin de eliminar la cadena de transmisión.

Un nuevo [informe](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM) revela el alarmante impacto mundial del estreptococo del grupo B (EGB), una bacteria común que puede transmitirse de madre a hijo en el vientre materno, durante el parto o en las primeras semanas de vida del recién nacido y que provoca unas 150.000 muertes de bebés al año, más de medio millón de partos prematuros y una importante discapacidad a largo plazo.



En el informe se hace un llamamiento urgente para que se desarrollen vacunas maternas contra el EGB con el fin de reducir estas cifras, destacándose que dichas vacunas podrían ser muy costoeficaces y aportar importantes beneficios para la salud en todas las regiones del mundo.

El Dr. Phillipp Lambach, oficial médico del Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS y autor del informe, dijo: “Esta nueva investigación muestra que el EGB es una amenaza importante e infravalorada para la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos y tiene efectos devastadores para muchas familias en todo el mundo. La OMS se une a sus asociados para pedir que se desarrolle urgentemente una vacuna materna contra el EGB, que tendría profundos beneficios en los países de todo el mundo”.

Por primera vez, esta nueva investigación cuantifica la importante contribución del EGB a los nacimientos prematuros, así como a las deficiencias neurológicas –como parálisis cerebral y pérdida de audición y visión– que pueden producirse tras las infecciones por el EGB.

Se están desarrollando varias vacunas candidatas contra el EGB, pero todavía no hay ninguna disponible a pesar de haber estado en fase de desarrollo durante varios decenios.

La Profesora Joy Lawn, Directora del Centro de Salud Reproductiva y de la Madre, el Adolescente y el Niño de la LSHTM, y colaboradora del informe, señaló: “La infección por EGB supone un grave problema para todas las familias afectadas en todos los países. La vacunación materna podría salvar la vida de cientos de miles de bebés en los próximos años y, sin embargo, 30 años después de que se propusiera esta medida por primera vez, el mundo no ha suministrado una vacuna. Ahora es el momento de actuar para proteger a los ciudadanos más vulnerables del mundo con una vacuna contra la infección por el EGB”.

Una media de 15% de las embarazadas de todo el mundo –casi 20 millones al año– son portadoras del EGB en la vagina, normalmente sin síntomas. Puede transmitirse de la mujer embarazada al feto en el útero, o al recién nacido durante el parto.

Actualmente, la profilaxis antibiótica administrada a la mujer durante el parto es el principal medio para prevenir la enfermedad estreptocócica del grupo B en los recién nacidos, si se detecta la bacteria durante el embarazo. Sin embargo, incluso en las regiones con una alta

cobertura de profilaxis, siguen existiendo importantes riesgos para la salud, ya que es poco probable que esta intervención evite la mayoría de las muertes prenatales y los partos prematuros asociados al EGB o la enfermedad estreptocócica del grupo B que se produce más tarde después del nacimiento.

Es importante destacar que la mayor carga de EGB se encuentra en los países de ingresos bajos y medios, donde el cribado y la administración intraparto de antibióticos son más difíciles de aplicar, por lo que se necesita una vacuna con la máxima urgencia. Las tasas más elevadas de infección materna por el EGB se dan en el África Subsahariana (donde se registra alrededor de la mitad de la carga mundial) y en Asia Oriental y Sudoriental.

La Dra. Martina Lukong Baye, Coordinadora del Programa Nacional Multisectorial de Lucha contra la Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil del Ministerio de Salud Pública de Camerún, que también colaboró en el informe, dijo: “Una nueva vacuna materna contra el EGB cambiaría las reglas del juego en la reducción de la mortalidad neonatal y materna en los países más afectados, especialmente en África Subsahariana, donde la carga de estas muertes es alarmante. Pedimos a todas las partes interesadas que traten esta cuestión como una prioridad moral”.

En el informe se hace un llamamiento a los investigadores, a los desarrolladores de vacunas y a los financiadores para que aceleren el desarrollo de una vacuna eficaz contra el EGB que pueda administrarse a las mujeres embarazadas durante las revisiones rutinarias del embarazo.

Las estimaciones sugieren que si la vacunación contra el EGB llegara a más de 70% de las mujeres embarazadas, se podrían evitar más de 50.000 muertes anuales relacionadas con el EGB, así como más de 170.000 nacimientos prematuros. Según el informe, si las vacunas tuvieran un precio asequible, los beneficios monetarios netos de un año de vacunación materna contra el EGB podrían alcanzar los \$17.000 millones acumulados a lo largo de varios años.

El informe pone de manifiesto importantes lagunas de datos que provocan cierta incertidumbre en torno a la carga total de muertes y enfermedades causadas por el EGB. Por ejemplo, las causas infecciosas de las muertes prenatales no suelen investigarse lo suficiente en todos los países, lo que significa que la contribución real del EGB puede ser aún mayor.

Debbie Forwood, cuya hija Ada nació muerta después de que ella se infectara por el EGB, dijo: “Es difícil describir la magnitud o profundidad del dolor cuando tu hijo muere, o la culpa que lo acompaña, y cómo ese dolor te cambia a ti, a tu familia y a tus relaciones para siempre. Solo una vacuna contra el EGB podría haber salvado a Ada. Cuando se pueda disponer ampliamente de una vacuna, lloraré y gritaré por la injusticia de que llegara demasiado tarde para ella y para todos los demás bebés que sufren y mueren innecesariamente cada año que se retrasa. Pero también lloraré de alegría porque en el futuro muchos más vivirán, y sus familias se salvarán del infierno en vida que supone la muerte de un hijo”.

Arte y pandemia



Trabajadores del cementerio de Vila Formosa, en São Paulo, entierran a personas en miles de tumbas excavadas contra reloj. El presidente Jair Messias Bolsonaro acusó esta imagen de 'fake news'.



Un sacerdote ortodoxo ruso bendice a Lyudmila Polyak, de 86 años, infectada por la COVID-19, en Moscú. Una imagen de empatía y desinterés frente al peligro mortal.

COVID Art Museum (@covidartmuseum).

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.