

ARGENTINA

- Situación epidemiológica del dengue y otras arbovirosis
- “Hay progresos de gran magnitud en la enfermedad de Chagas, pero las metas no se alcanzaron”
- ¿Por qué volvieron a aumentar los casos de COVID-19?
- Buenos Aires: Brote de carbunco en bovinos del partido de Saladillo

AMÉRICA

- Brasil: Santa Catarina registra ocho casos de fiebre amarilla y tres muertes en 2021
- Canadá: Brote de salmonelosis vinculado con el consumo de patatas
- Colombia: Con más de 6.500 casos, el dengue no da tregua en el departamento Atlántico
- Estados Unidos: Nebraska reporta los primeros casos de enfermedad de Lyme contraídos en el estado

EL MUNDO

- Emiratos Árabes Unidos: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV
- Europa: La listeriosis es la zoonosis que más muertes causó en la Región en 2020
- Ghana: Aumentan los casos y las muertes por fiebre amarilla
- India: Odisha reportó casi 500 casos de tifus de los matorrales en 2021
- Níger: Primer país en África que podría certificar la eliminación de la oncocercosis
- Reino Unido: Elevan el nivel de alerta por COVID-19 ante la propagación de la variante Omicron

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



Logos of adhering organizations including: CEBRO MÉDICO DE CÓRDOBA, SLAMVI (Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero), ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE INFECTOLOGÍA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, Comité Nacional de Infectología SAP, Facultad de Ciencias Médicas, UCC, S.A.D.I., Asociación Parasitología Argentina, ASOCIACIÓN ARGENTINA DE VACINOLOGÍA, DDNA (DEFENSA DE LOS BEBÉS + NIÑOS MÁS AMPLIFICANTES), GEMICOMED (seimc.org), and Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica.

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.

Introducción

En Argentina, la vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada, en el marco de la vigilancia del síndrome febril agudo inespecífico (SFAI) y de los casos que cumplen con definiciones específicas para cada una de las arbovirosis; la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). La vigilancia integrada de arbovirosis incluye el estudio de dengue, fiebre zika, fiebre chikungunya, fiebre amarilla, encefalitis de Saint Louis y fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; asimismo, la vigilancia del SFAI integra patologías como hantavirosis, leptospirosis y malaria, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos.¹

Entre las SE 31 y 42 de 2021, se notificaron 101 casos sospechosos de encefalitis de Saint Louis, fiebre zika, síndrome congénito con sospecha de asociación con virus Zika, síndrome de Guillain-Barré u otros síndromes neurológicos con sospecha de asociación con virus Zika, fiebre del Nilo Occidental, fiebre Chikungunya y fiebre Amarilla. Estos casos tuvieron pruebas de laboratorio negativo (94% de los casos) o se encuentran aún pendientes de resultado (6%).

Situación epidemiológica del dengue

Si se analiza el año calendario 2021, desde la semana epidemiológica (SE) 1 hasta la SE 42, las 24 jurisdicciones del país notificaron 14.546 casos sospechosos de dengue. Los casos autóctonos confirmados para el año 2021, hasta la SE 42, fueron 3.962, sin registro de nuevos casos desde la SE 25. Si bien se registraron tres serotipos circulantes en el país, la mayor parte de los casos tipificados pertenecieron al serotipo DENV-1 (93%). Los serotipos DENV-2 (3% de los casos) y DENV-4 (4%) estuvieron restringidos a unas pocas localidades.

En la temporada actual (SE 31 a 42 de 2021), no se han registrado casos confirmados de dengue. Del total de casos notificados correspondientes al período de estudio, tres de ellos presentaron pruebas positivas que no permiten confirmar la infección, en la provincia de Formosa. El 66% fueron descartados, 29% muestran resultados no conclusivos y el restante 5% son casos sospechosos pendientes de resultados.

Los últimos casos de dengue confirmados se registraron en la SE 25 de 2021, habiendo transcurrido más de dos períodos de incubación del virus (cuatro semanas), por lo que no hay evidencias de circulación viral en el país en el momento actual.

¹ El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue y otras arbovirosis se realiza por "temporada", entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la semana epidemiológica 31 a la 30 del año siguiente, para considerar en su conjunto los meses epidémicos.

Una parte de la literatura científica asegura que todas las herramientas necesarias para avanzar en la eliminación de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública “se hallan disponibles y es necesario implementarlas mejor, con mayor cobertura, calidad y énfasis en el acceso equitativo”, afirmó Ricardo Gürtler, director del Laboratorio de Eco-Epidemiología de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires (UBA).



El investigador explicó que hay otra perspectiva, igualmente válida, que asegura que “se necesitan mejores métodos de diagnósticos, drogas parasiticidas e insecticidas para mejorar su efectividad y aplicabilidad en terreno, con menores efectos indeseables”.

Ambas visiones, “no son excluyentes y demandan mayores recursos, sea para la implementación integrada o el desarrollo”, señaló el especialista, quien es doctorado en Ciencias Biológicas en la UBA y un referente internacional en el campo de los estudios sobre el control de enfermedades transmitidas por insectos vectores, como la enfermedad de Chagas.

La eco-epidemiología es una nueva disciplina de investigación que toma los factores involucrados en la aparición de una enfermedad (agentes causales, vectores, hospedadores, reservorios, clima, vegetación, concepciones culturales y prácticas alrededor de las enfermedades) y constituye una aproximación que va más allá del tratamiento y de parámetros estadísticos.

La situación de Argentina en el contexto regional

“Argentina encabeza el ranking del número de personas infectadas por el parásito que causa la enfermedad de Chagas – *Trypanosoma cruzi* –, con aproximadamente un millón y medio de infectados. Entre los países del Cono Sur, solo Argentina y Bolivia presentan vastas secciones del territorio en las cuales la población humana residente se halla expuesta a elevados riesgos de transmisión del principal vector, las vinchucas (*Triatoma infestans*).

“En Argentina, las provincias de alto riesgo incluyen a Formosa, Salta, Chaco, Santiago del Estero, Catamarca, La Rioja, San Juan, Mendoza y zonas de Córdoba. El resto de las provincias del área endémica, históricamente con menor riesgo de transmisión, han logrado interrumpir la transmisión vectorial durante los últimos 20 años.

Otra importante vía de transmisión, de la madre al bebé, es la fuente de un elevado número de casos congénitos de enfermedad de Chagas, muchos de los cuales no llegan a ser diagnosticados y cursan hacia la etapa crónica de la enfermedad.

Existen dos drogas con elevada efectividad y algunas limitaciones para su administración masiva, pero con menores efectos adversos en la población joven”.

Características distintivas de la enfermedad

“Dos características clave de la enfermedad de Chagas son su “silenciosidad” y el hecho de que afectaba predominantemente a poblaciones vulnerables en zonas rurales. Estas condiciones facilitaron una dinámica con avances, inercias y retrocesos parciales en algunas regiones. Esa dinámica básicamente persiste desde que se creó el Servicio Nacional de Chagas a principios de la década de 1960 hasta la actualidad, y atraviesa los gobiernos de todo tipo y filiación política.

“Si se compara la actualidad con aquel pasado, los progresos son de gran magnitud. Sin embargo, las metas no se han alcanzado, y existe un mosaico de situaciones epidemiológicas entre y dentro de las provincias endémicas, también afectadas por otras enfermedades emergentes o reemergentes como el dengue, con debilidades crónicas para operar en una extensa zona endémica donde el acceso a las viviendas suele ser dificultoso, y recursos insuficientes para sostener las acciones sistemáticas que se requieren para lograr la eliminación del vector a 5 o 10 años de plazo. La emergencia de la COVID-19 virtualmente paralizó las acciones en terreno durante casi dos años, y esto solo puede haber empeorado la situación preexistente”.

El Laboratorio de Eco-Epidemiología

“Luego de una prolongada labor en Santiago del Estero, el Laboratorio de Eco-Epidemiología de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la UBA ha desarrollado proyectos de investigación y control de la transmisión en varios municipios de Chaco desde 2007. Se trabajó en cooperación con los programas de Chagas provincial y nacional y con los municipios, escuelas y hospital local con varios ejes que en última instancia apuntan a interrumpir la transmisión vectorial y disminuir la carga de enfermedad en la población local a través de impulsar su diagnóstico y tratamiento etiológico”.

El trabajo territorial

“Se alcanzaron ambas metas en el extenso municipio de Pampa del Indio (Chaco), en estrecha colaboración con el hospital local. Se modeló el riesgo de transmisión en función de variables ambientales y socio demográficas con el objetivo de implementar acciones apropiadas y más eficientes. Se investigó la diversidad de *T. cruzi* tanto a nivel doméstico como silvestre.

“En el municipio de Avia Terai (Chaco) se desarrolló un trabajo mancomunado con el municipio y el sector educativo para llevar la enfermedad de Chagas al aula y a las familias, y así fomentar un activo espíritu participativo para la eliminación del vector y fortalecer la vigilancia a largo plazo.

“En el municipio de Castelli se abordó el desafío de controlar a las vinchucas que han desarrollado resistencia a los insecticidas piretroides, en este caso usando un ectoparasiticida que se administra a los perros y que logró reducir fuertemente la abundancia del vector y el riesgo de transmisión. Se investigaron aspectos claves para la persistencia y propagación del vector, tales como su dinámica poblacional, selección de hospedadores y aspectos genéticos ligados a su estructuración poblacional”.

Santiago del Estero: un solo caso por picadura de vinchuca en los últimos 5 años

“En Santiago del Estero se ha logrado descender muchísimo el índice de prevalencia de la enfermedad de Chagas: en 1980 teníamos por año 150 casos agudos, en 2000 unos 15 casos y en los últimos cinco años hemos tenido sólo un caso agudo vectorial (por picadura de vinchuca)”, dijo Sandra Seú, directora de Enfermedades Transmitidas por Vectores de la Provincia.

“Santiago del Estero es una de las 9 provincias más endémicas para enfermedad de Chagas”, expresó Seú y añadió que es por eso que desde 2005 “se puso en la agenda política la enfermedad, y desde esa fecha es una de las únicas provincias que trabaja con la magnitud y el apoyo de políticas necesarias para combatirla”.

“Trabajamos en todo lo que significa el contexto de esta enfermedad, como ser el aspecto social, geográfico, clínica, educación; es todo un abordaje integral en los 27 departamentos de la provincia en un extenso territorio de ruralidad”, enfatizó.

“Desde 2005 se empezó a trabajar en la lucha antivectorial, como también con el banco de sangre para tener sangre segura, además la erradicación de ranchos con viviendas sociales fue otro frente de lucha que inició por ese entonces la gobernadora Claudia Ledesma Abdala”, detalló.

Seú remarcó que fueron y son distintos frentes que “han acompañado a éste de poner en la agenda política la enfermedad de Chagas y así hoy vemos los logros”. Tanto es así que además de los indicadores, en la actualidad “seis departamentos del sur de la provincia fueron declarados libres de la enfermedad”.

“Se ha avanzado en toda la ruralidad; este año se ha trabajado en los departamentos Figueroa y Robles. Se ha llegado a la mitad de la provincia y resta el abordaje de los departamentos del norte: Alberdi, Moreno, Pellegrini, Copo y Jiménez”, dijo.

“La lucha antivectorial, más la sangre segura, la educación y las viviendas sociales, han hecho que descienda mucho el índice de prevalencia, que seguirá bajando”, sostuvo.

En ese sentido manifestó que “en 1980, de cada 100 santiagueños había 30 chagásicos, en 2000, de cada 100 había 17 chagásicos y hoy después de toda esta lucha colectiva, de cada 100 santiagueños hay cuatro”.

“Los indicadores han bajado exponencialmente y la única manera es trabajando de manera sostenida, ordenada, programada y sin interrupciones, y con toda la logística en terreno, en la ruralidad, casa por casa y con la capacitación en las escuelas”, puntualizó.

Asimismo enfatizó que no sólo se trabaja en la transmisión vectorial, sino en la congénita, ya que existe una tarea conjunta con “las dos maternidades más grandes de la provincia, en el Hospital Regional y en el de La Banda que es donde se concentra 70% de los partos del sector público”.

“Se hace un abordaje integral en las madres y en los niños, porque si uno hace el tratamiento de la enfermedad de Chagas congénita dentro del año de vida, tiene 100% de curación”, sostuvo.

El programa salteño de control vectorial

La supervisora del programa de Vigilancia Epidemiológica de Salta, María Valdez, señaló que en la provincia existen áreas “donde existe el vector (vinchuca), que son los departamentos Anta, Cafayate, San Martín –donde está Tartagal–, La Viña, Metán, Rivadavia, Rosario de la Frontera y San Carlos. “En estos departamentos se hace control vectorial. En el resto no se hace porque no estaría presente el vector”, indicó la funcionaria salteña.

Valdez aseguró que “hace un par de años que no hay casos de enfermedad de Chagas aguda en Salta, es decir, de personas que hayan contraído la enfermedad por haber sido picados por una vinchuca”.

“Lo que sí hay son casos de enfermedad de Chagas crónica, que son personas mayores que consultan por alguna sintomatología, se hacen los análisis y se les encuentra la patología”, agregó.

Asimismo, detalló que “a la vez, la provincia constantemente hace búsqueda activa de pacientes, por ejemplo en los niños al ingreso escolar”, y destacó que “a todas las mujeres embarazadas se les pide el estudio de enfermedad de Chagas, sífilis y VIH para saber si están infectadas”.

“Si el niño de esa mujer está infectado, apenas nace ya se le puede hacer el tratamiento”, indicó Valdez, quien precisó que “el Servicio de Cardiología del Hospital ‘San Bernardo’ hace un trabajo bastante amplio con los pacientes con enfermedad de Chagas, al igual que el Hospital ‘Papa Francisco’, en la ciudad de Salta”.

Además, apuntó que “el tratamiento contra la enfermedad de Chagas actualmente se realiza, pero la mayor indicación es en los niños menores porque es más tolerado que en los pacientes adultos, a quienes se les debe realizar distintos análisis para recién poder indicarle el tratamiento”.

La funcionaria sostuvo que en Salta funciona “la parte vectorial, que está a cargo del programa de Reservorios y Vectores y que también depende de la dirección de Epidemiología, y la parte no vectorial, que es el programa de Vigilancia Epidemiológica”.

“En cuanto al control del vector, lo que se hace es, ante la denuncia de una persona que haya encontrado una vinchuca en su casa, se pide la captura, nunca con la mano, y en lo posible viva. El insecto se envía al programa, que a su vez lo manda a Córdoba para estudiar si esa vinchuca está infectada o no con el parásito”, comentó.

“A la evaluación dentro de las viviendas la realiza el Programa Nacional de Control de Vectores, que van a la vivienda y hacen la evaluación para certificar la presencia de vinchucas. A partir de allí se hace una planificación, porque son ellos los hacen el tratamiento en el domicilio, y todo eso es para evitar la infección”, sostuvo Valdez.

Valdez indicó que “en Salta también se registra transmisión vertical de la enfermedad de Chagas”.

Por otro lado, contó que “el último viernes de agosto de cada año se trabaja en Salta el Día de una Argentina libre de Chagas, y el 14 de abril el Día Mundial del Chagas”, y acotó que “se hacen campañas preventivas y se trabaja mucho con las escuelas, en la parte de prevención, lo que es sumamente importante porque los niños son los que avisan a los padres”.

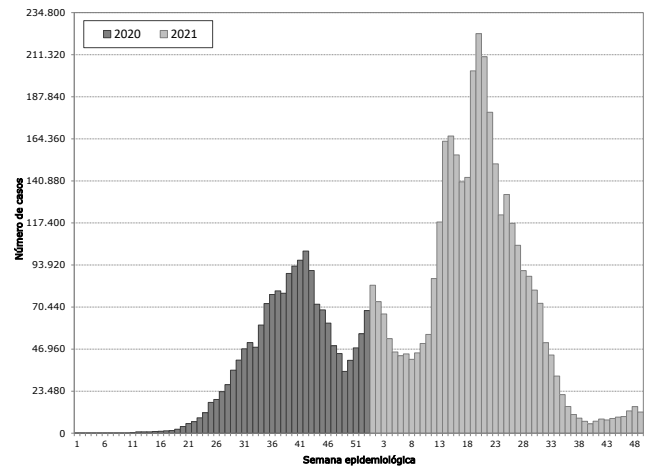
Finalmente, precisó que “en lo que va del año, de las embarazadas estudiadas, 280 fueron positivas para la enfermedad de Chagas, y cuatro de sus hijos fueron positivos”, y añadió que “tenemos entre 7 y 12 niños positivos recién nacidos por año”.

Argentina ha inmunizado contra la COVID-19 a 84% de la población con una dosis y a más de 69% con ambas. La campaña de vacunación continúa a buen ritmo con la inoculación de los grupos adolescentes y pediátricos, al tiempo que los mayores de 60 años ya acceden a sus dosis de refuerzo. Sin embargo, la situación epidemiológica indica que las infecciones se han incrementado: si a comienzos de octubre, el promedio de casos diarios era de 814, en esta última semana se superó la barrera de los 2.200. En paralelo, también existe otro termómetro de la situación, quizás menos preciso aunque nada desdeñable: tras unos meses de relativa calma, retornaron los aislamientos y los tests de familiares y conocidos por síntomas relacionados con la COVID-19. A todo ello se suma la alarma por la variante Omicron y los problemas que podría generar en todo el planeta. De hecho, en Europa, naciones que parecían tener todo controlado –como Alemania– enfrentan panoramas oscuros que buscan contener con vacunación obligatoria y la imposición de nuevas restricciones.

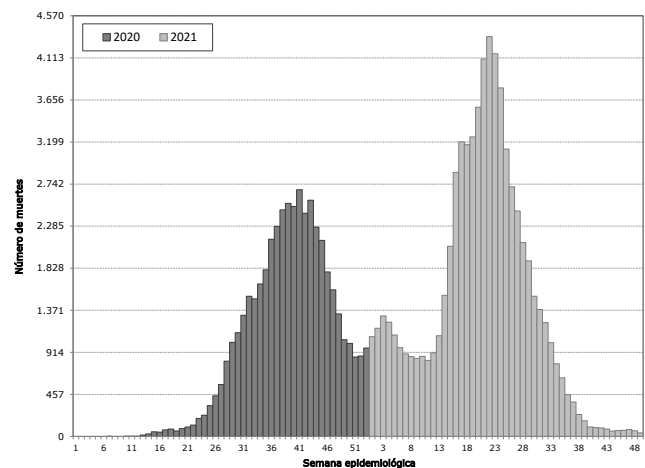
Suba sostenida

A comienzos de octubre, el promedio de casos por jornada rondaba los 800 y en la actualidad esa cifra superó los dos mil. “Estamos viendo un crecimiento de casos que no en todos lados se manifiesta de la misma manera. En Tucumán, por ejemplo, es fuerte; en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es un poco menor pero considerable. Después se destaca el incremento en Neuquén, la provincia de Buenos Aires y Río Negro”, señaló Jorge Luis Aliaga, físico y secretario de Planeamiento de la Universidad Nacional de Hurlingham. Y sigue con su razonamiento, a partir del ejemplo concreto de la CABA: “Las autoridades sanitarias porteñas argumentan que como la curva crece lento, no es exponencial. Cuando pasa de dos a cuatro casos en tres días no se sorprenden, pero cuando pasa de 200 a 400 les parece un montón, aunque se trate de la misma duplicación en el mismo tiempo”. En territorio porteño, a principios de octubre, el promedio de nuevas infecciones diarias rondaban las 120 y en el presente son más de 420.

En efecto, también se observa un incremento en la ocupación de las unidades de terapia intensiva. Si a principios de noviembre, la ocupación era del orden de 580, en el presente su-



Casos confirmados de COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 49 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 13 de diciembre de 2021.



Muertes confirmadas por COVID-19. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 49 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 13 de diciembre de 2021.

peró la barrera de las 675. “El aumento es pequeño por las vacunas. Un incremento de casos, como posiblemente tengamos durante los próximos días, quizás no esté tan acompañado de una mayor cantidad de hospitalizaciones y fallecimientos”, comentó Aliaga.

Leda Guzzi, médica infectóloga de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), expresó cómo se ha modificado la situación de las instituciones de salud en las que trabaja y otras que conoce de cerca. “En estas últimas dos semanas se están internando pacientes con infecciones moderadas, severas y críticas, con un rango de edad que va de los 35 a los 68 años. Es acorde y va en consonancia al aumento gradual del número de casos”. Y detalló: “Prácticamente el ciento por ciento de los que necesitan una cama son no-vacunados o tienen el esquema incompleto. Nos preocupa mucho y sentimos que se avecina una nueva ola, uno de esos eventos que tanto golpean al personal de salud”.

Aunque se consolida el alerta por un inminente aumento de infecciones, la cifra más importante, la de muertes, se mantiene estable. Si se discriminan los fallecidos por fecha de carga, el promedio es de 15 por jornada.

Razones

La pandemia ha demostrado que las razones que explican los comportamientos de las curvas son múltiples y diversas. De hecho, la epidemiología está íntimamente ligada con los escenarios sociales y culturales. Para Daniela Hozbor, bioquímica e investigadora principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Instituto de Biotecnología y Biología Molecular de La Plata, hay un factor decisivo que podría explicar este repunte de infecciones y tiene que ver con el relajamiento. En una línea: como las cifras son positivas pareciera como si la pandemia hubiera culminado. “Si comparamos la situación actual con lo que sucedía hace unos meses, el contexto es tremendamente positivo y la vacunación avanza muy bien. Estos números favorables, tal vez, hayan generado la ilusión de que la pandemia terminó y no es real. La variante Omicron nos da la pauta de que el SARS-CoV-2 sigue circulando muchísimo”, subrayó. Y agregó: “En los últimos días, advertimos un leve pero sostenido incremento”.

Además del relajamiento, se destaca la recuperación de la enorme mayoría de las actividades. “Está todo funcionando nuevamente y, como no puede ser de otra manera, impacta negativamente en la epidemiología. Tenemos que hacer todo lo que ya aprendimos para evitar enfermarnos, contagiar a otros y, de una buena vez, dar vuelta la página de esta catastrófica situación”, expresó Hozbor.

A fines de 2020, diversos especialistas anunciaban –basándose en una supuesta estacionalidad del SARS-CoV-2– que pasado el invierno, el problema se repetiría cuando volviesen las temperaturas frías. Sin embargo, se sorprendieron en pleno verano con el pico en diciembre y una suba anticipada en febrero de 2021. Los brotes, en aquella ocasión, guardaron relación con las reuniones, las fiestas de Navidad y de fin de año. Con este antecedente, Aliaga consideró que podría ocurrir lo mismo: “El aumento que vemos ahora podría tener que ver con los encuentros que caracterizan a esta época del año. Si a eso se le suma la propagación de la variante Delta, menos cuidados y más movilidad, las razones están servidas”.

La campaña positiva

“Si bien al comienzo se acusaba al Gobierno de haber vacunado tarde, resulta que ahora es una ventaja. Si bien al comienzo se acusaba al Gobierno de combinar vacunas de diferentes compañías, ahora parece que también es una ventaja. Se pueden criticar muchas cosas a la

gestión, de hecho, tenemos muchísimos fallecidos durante esta pandemia. Sin embargo, lo que se hizo para conseguir y aplicar vacunas fue muy correcto”, opinó Aliaga.

En el presente, los esfuerzos del gobierno nacional y los provinciales se enfocan en completar la inmunización de las poblaciones pediátricas y adolescentes, los refuerzos para los mayores de 60 años, así como también en fomentar que aquellos grupos de 18 a 39 años que iniciaron sus esquemas, finalmente los completen. Para que esto se logre, la implementación de los pases sanitarios –que promueven la aplicación del esquema completo para acceder a eventos masivos y espacios gastronómicos y recreativos– será fundamental.

Se registró una serie de muertes esporádicas de bovinos pero con una causa definida en un rancho del Partido de Saladillo, provincia de Buenos Aires.

El 9 de diciembre de 2021, tras el envío de un hueso metatarsiano, se cultivó *Bacillus anthracis* y se confirmó la presencia de carbunco. Los animales habían sido vacunados en marzo de 2021. No hubo casos humanos. Los cadáveres infectados fueron incinerados y los restos fueron enterrados tras la aplicación de desinfectantes químicos.



El área en cuestión ha sido testigo anteriormente de muchos brotes de carbunco bovino. Desde 2014 el número de brotes de carbunco en esta Área de Control y Vigilancia de la provincia de Buenos Aires, ha disminuido mucho. Durante 2002-2006, hubo 93 brotes y en los últimos cuatro años (2017-2021) solo ha habido tres brotes. Esto avala el éxito de la aplicación de la [ley 6703/61 Decreto 66/63](#) y la [Resolución 115/14](#), que impone restricciones al movimiento de ganado no vacunado en la provincia.

Además, la producción de vacuna contra el carbunco en los últimos tres años ha sido de 21 a 29 millones de dosis, a la expectativa de una eventual erradicación de este agente zoonótico.²

² Los servicios veterinarios argentinos están logrando reducir significativamente la incidencia del carbunco en el país. La erradicación está en el horizonte y deben ser felicitados por su arduo trabajo. Las vacunas contra el carbunco, al igual que los anticuerpos de infección normales, tienen una vida útil y una eficacia limitadas. Como regla general, son buenos para una protección de 6 a 9 meses. Con el inicio de las altas temperaturas del verano, hay una reducción en la resistencia inmune a la infección y por lo tanto se pueden producir brotes, por lo que se debe estar alerta ante muertes inesperadas de bovinos.



BRASIL

SANTA CATARINA REGISTRA OCHO CASOS DE FIEBRE AMARILLA Y TRES MUERTES EN 2021

10/12/2021

La Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE/SC) confirmó la muerte de un mono a consecuencia del virus de la fiebre amarilla en Pedras Grandes, en el sur del estado. La recolección de la muestra del mono aullador, para el examen, tuvo lugar el 24 de noviembre.

En 2021, el estado de Santa Catarina confirmó la circulación del virus de la fiebre amarilla en nueve de las 17 Regiones Sanitarias: Alto Vale do Rio do Peixe, Carbonífera, Extremo Oeste, Grande Florianópolis, Laguna, Médio Vale do Itajaí, Meio Oeste, Planalto Norte y Serra Catarinense. En total, se notificaron 625 epizootias en primates no humanos, y 137 fueron confirmadas para fiebre amarilla.



En 2021, hasta el 30 de octubre, fueron notificados 85 casos humanos sospechosos de fiebre amarilla, de los que 77 fueron descartados, y ocho fueron confirmados, tres de los cuales fueron fatales.

Los casos confirmados corresponden a habitantes de los municipios de Águas Mornas, Anitápolis, Blumenau, Imbituba, Palhoça, São Bonifácio y Taió, todos sin registro de vacuna contra la fiebre amarilla. En 2020 se confirmaron 17 casos de la enfermedad.

Las muertes se registraron en los municipios de Águas Mornas (1), Blumenau (1) y São Bonifácio (1).

El período de mayor transmisión de la fiebre amarilla ocurre entre los meses de diciembre a mayo, debido a las condiciones climáticas y ambientales favorables para la reproducción del mosquito vector de la enfermedad. “Una vez más enciende una alerta para toda la población y para el gobierno. Es hora de reforzar las medidas de vigilancia y prevención de la enfermedad”, dijo João Augusto Brancher Fuck, director de la DIVE/SC.

Vigilancia de la fiebre amarilla

Los monos no transmiten la fiebre amarilla. Viven en el mismo entorno que los mosquitos que transmiten la enfermedad (*Haemagogus* y *Sabethes*) y, por tanto, son las primeras víctimas del virus.

“Cuando se encuentra un mono muerto o enfermo, es importante avisar al servicio de salud para que los equipos de vigilancia puedan trasladarse al sitio para recolectar una muestra del animal y realizar un diagnóstico”, alertó Aysla Matsumoto, veterinaria de la DIVE/SC.

Prevención

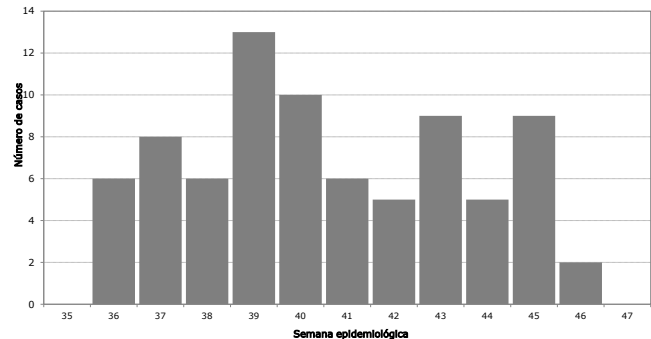
La vacunación es la mejor manera de prevenir la fiebre amarilla. Todos los habitantes de Santa Catarina, a partir de los nueve meses, deben estar vacunados contra la enfermedad. La dosis está disponible en los puestos de salud.

Hasta el mes de noviembre de 2021, la cobertura de vacunación en el estado era de 79,57%, por debajo del 95% recomendado por el Ministerio de Salud, ya que permite la ocurrencia de más casos humanos.

“Es muy importante que las personas que aún no han recibido la vacuna, busquen una unidad de salud. La cobertura de vacunación aún está por debajo del nivel recomendado, y con la circulación del virus, las personas desprotegidas pueden contraer la enfermedad”, destacó Arieli Schiessl Fialho, gerente de inmunización de la DIVE/SC.



La Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) está colaborando con socios provinciales de salud pública, la Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos (CFIA) y Salud de Canadá en la investigación de un brote de infecciones por *Salmonella* en cinco provincias: British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba y Ontario.



Casos notificados de salmonelosis. Canadá. Semanas epidemiológicas 35 a 47 de 2021. Fuente: Agencia de Salud Pública de Canadá.

La fuente del brote no se ha confirmado y la investigación está en curso. Muchas de las personas afectadas informaron haber consumido paltas frescas adquiridas en supermercados o servidos en restaurantes antes del inicio de los síntomas. Los resultados de la investigación hasta la fecha han identificado que estas paltas se han distribuido en British Columbia, Alberta, Saskatchewan y Manitoba. Se necesita más información para confirmar la fuente del brote. El brote parece estar en curso, ya que se siguen notificando casos.

La PHAC emitió una alerta de salud pública para informar a los residentes y negocios en British Columbia, Alberta, Saskatchewan y Manitoba sobre los hallazgos de la investigación hasta la fecha para que puedan tomar decisiones informadas. En este momento, no hay evidencia que sugiera que los residentes de otras provincias y territorios se vean afectados por este brote. Este aviso también incluye información importante sobre la manipulación segura de alimentos para los canadienses y las empresas que pueden ayudar a prevenir más infecciones.

La alerta de salud pública se actualizará a medida que evolucione la investigación.

Hasta el 9 de diciembre, se habían investigado 79 casos confirmados por laboratorio de infección por *Salmonella enterica enterica* serovar Enteritidis en: British Columbia (34 casos), Alberta (28), Saskatchewan (4), Manitoba (11) y Ontario (2). Los casos reportados en Ontario están relacionados con viajes a Alberta y British Columbia. Las personas enfermaron entre principios de septiembre y mediados de noviembre de 2021. Cuatro personas fueron hospitalizadas. No se han reportado muertes. Las edades de los casos oscilan entre 5 y 89 años. La mayoría de los casos (63%) son mujeres.

La CFIA está llevando a cabo una investigación de seguridad alimentaria. Si se identifican productos alimenticios contaminados específicos, se tomarán las medidas necesarias para proteger a la población, incluida la solicitud de retiro del producto según sea necesario. Actualmente no hay advertencias de retiro de alimentos asociadas con este brote.

El número de casos de dengue en el departamento Atlántico, que incluye a Barranquilla, continúan en aumento.

De acuerdo con la información suministrada por el Instituto Nacional de Salud (INS), en 2021, hasta el 4 de diciembre, se han reportado 6.511 casos de dengue en el departamento.

En Barranquilla, la capital, se ha reportado un total de 3.762, de los que 3.670 corresponden a dengue clásico y 92 a dengue grave, lo que representa 8,1% de los casos en el país.

En comparación con la semana epidemiológica (SE) 46 (14 al 20 de noviembre), Barranquilla presentó un incremento de 41%, pasando de 2.657 casos a 3.762, es decir, 1.105 contagios más.

En cuanto al dengue grave, hubo un crecimiento de 19 casos, ya que, en esta semana se reportaron 92, mientras que en la comparada, la cifra fue de 73.

Las autoridades de Salud del Distrito indicaron que las localidades que presentan más contagios son Suroccidente y Metropolitana. Asimismo, se reportan cinco barrios con mayor número de incidencias: El Bosque, La Pradera, Los Olivos, El Pueblito y Las Malvinas.

Por su parte, Atlántico acumula actualmente 2.749 casos que se distribuyen en 2.695 de dengue clásico y 54 de dengue grave, registrando 5,9% de los casos en todo el territorio nacional.

El departamento tuvo un aumento de 18% respecto de la semana epidemiológica 46, cuando se reportaron 2.320 casos, pasando a 2.749, lo que significa un incremento de 429 contagios.



Causas

Según la Secretaría de Salud de Barranquilla, esta enfermedad se encuentra asociada a la temporada de lluvias, factor que incide en el aumento de los casos. Como consecuencia del fenómeno de La Niña, que ha tenido presencia durante los últimos meses en la ciudad, ha aumentado la población del mosquito transmisor del dengue en distintos sectores.

El grupo etario más afectado es el de 10 a 20 años de edad.

Gestiones

Para hacer frente al incremento de casos en la ciudad, la Secretaría de Salud ha llevado a cabo campañas de prevención en las diferentes localidades, tales como: inspección de viviendas, revisión de depósitos de agua en busca de criaderos de mosquitos, jornadas de recolección de inservibles, eventos de capacitación en prevención del dengue, movilizaciones comunitarias y fumigaciones intradomiciliarias.

Estas actividades se han desarrollado en el marco de la estrategia de la Alcaldía Distrital de Barranquilla llamada 'Mi casa limpia sin dengue', liderada por la Secretaría de Salud en conjunto con las demás Secretarías de Atlántico.

Para atender a esta epidemia, se ha destinado la oferta de atención de la hospitalización y alta complejidad (UCI) de Atlántico que está concentrada en Barranquilla.

“La ciudad atenderá las remisiones solicitadas del departamento y la región en estos casos y en cualquier otro caso de atención en salud que se necesite”, expuso el Distrito.

Casi 6.000 casos en Cartagena de Indias

Hasta la SE 47 de este año, se han reportado 5.891 casos de dengue en la ciudad de Cartagena de Indias: 128 graves, 2.906 casos de dengue con signos de alarma y 2.857 sin signos de alarma. Se han registrado 23 muertes: 10 han sido confirmadas, 7 en estudio y 6 descartadas..

Luego de un seguimiento estricto a la atención que han recibido los pacientes diagnosticados con dengue, el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) tomó la determinación de intensificar el seguimiento a los protocolos de atención de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS).

“Hemos identificado, a través de nuestro equipo de reducción de letalidad, la presencia de presuntas fallas en el proceso de atención y la prestación del servicio. Hacemos un llamado muy enfático a las IPS y EPS a que brinden una atención oportuna y de calidad a las personas diagnosticadas con esta patología”, expuso Johana Bueno, directora del DADIS. En caso de encontrarse fallas en la prestación del servicio de estos pacientes, el DADIS podrá abrir investigaciones e interponer sanciones.

El DADIS seguirá intensificando sus acciones de vigilancia en Salud Pública con búsquedas activas comunitarias. En paralelo, continúa el cronograma de actividades de control larvario, educación, toma de muestras y educación en los barrios.

En octubre pasado, el DADIS decretó Alerta Roja hospitalaria en la ciudad con el propósito de vigilar y controlar la atención que recibe la población que solicita los servicios de salud, en especial las personas con sospecha de dengue. Con la Alerta Roja, el DADIS ordenó lo siguiente:

- Se prohíbe rotundamente devolver a los pacientes con sintomatología relacionada con dengue de los Centros de Atención Primaria de Salud o cualquier IPS, sin antes descartar la enfermedad.
- Será obligatorio que las EPS no retrasen la autorización de los servicios.
- Las IPS deberán habilitar una sala de hidratación para todas las personas con sospecha de dengue.
- Las ambulancias deberán estar todo el tiempo a disposición del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres

En paralelo, el DADIS realiza visitas de inspección y control para verificar la posibilidad de expandir las camas hospitalarias, especialmente pediátricas, para la atención oportuna y de calidad.

Recientemente, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) fue notificado por el Departamento de Salud Pública de Northeast Nebraska de dos casos de enfermedad de Lyme adquiridos localmente dentro de su jurisdicción. Ambos pacientes informaron una posible exposición en el mismo período de tiempo en sitios próximos en el condado de Thurston.

Debido a la asociación entre ambos casos, se completó una investigación ambiental coordinada que involucró al DHHS, el Departamento de Salud Pública de Northeast Nebraska y el Departamento de Salud Pública de Winnebago en los sitios sospechosos de exposición. Se recolectaron ejemplares de la garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*) en los sitios de probable exposición.

El condado de Thurston es ahora el cuarto condado conocido en el estado –Douglas, Sarpy y Saunders ya habían sido identificados en 2019– con poblaciones establecidas de la garrapata patas negras. Una muestra de las garrapatas recolectadas se envió a la División de Enfermedades Transmitidas por Vectores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y a la Universidad de Creighton para su análisis, en un intento de detectar patógenos vectorizados por la garrapata, incluida la bacteria *Borrelia burgdorferi*, responsable de causar la enfermedad de Lyme.

Las garrapatas enviadas a la Universidad de Creighton y a los CDC dieron positivo para *B. burgdorferi*, lo que indica que la bacteria está circulando entre la población de garrapatas en el área. Estos resultados marcan la primera detección de *B. burgdorferi* en las poblaciones de garrapatas patas negras de Nebraska y la primera evidencia definitiva de casos de enfermedad de Lyme adquiridos localmente en el estado.

La detección de una población establecida de garrapatas patas negras en Nebraska con evidencia de patógenos detectables aumenta la preocupación de un mayor establecimiento del vector de la garrapata y sus patógenos asociados en otras áreas del estado. El DHHS continuará trabajando con el Departamento de Salud Pública de Northeast Nebraska, el Departamento de Salud Pública de Winnebago y otros socios estatales de salud pública en los esfuerzos de vigilancia de esta garrapata y de otras garrapatas de importancia médica.³

³ La enfermedad de Lyme es la enfermedad transmitida por vectores más común en Estados Unidos y es causada en el país por la bacteria *Borrelia burgdorferi* y, rara vez, por *B. mayonii*. El ratón patas blancas (*Peromyscus leucopus*) es el reservorio en la naturaleza y se transmite a los humanos por la picadura de la garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*) en el noreste y el área superior del Medio Oeste de Estados Unidos, y por *I. pacificus* a lo largo de la costa del Pacífico. Aproximadamente 30.000 casos de la enfermedad se informan a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) cada año. Sin embargo, los CDC estiman que la cifra real de casos es más de diez veces mayor. La mayoría de los casos se notifican en junio-agosto, pero aún se siguen informando hasta fines de noviembre y diciembre.

La distribución geográfica de las áreas con una alta incidencia de la enfermedad de Lyme parece estar expandiéndose, según los datos del Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades Notificables (NNDSS); el número de condados con una incidencia de más de 10 casos confirmados cada 100.000 habitantes aumentó de 324 en 2008 a 432 en 2019. Nebraska y todos los estados circundantes notificaron casos de enfermedad de Lyme en 2019, pero eso no significa necesariamente que la enfermedad haya sido adquirido en ese estado; las personas viajan de un estado a otro y la notificación se realiza por estado de residencia, no por el lugar donde se adquirió realmente la enfermedad.

Nebraska, con una población de 1,9 millones de residentes en 2020, es un estado en la región del Medio Oeste de Estados Unidos, que limita con South Dakota al norte; Iowa al este y Missouri al sureste; Kansas al sur; Colorado al suroeste; y Wyoming al oeste.

El rango geográfico de la garrapata patas negras continúa expandiéndose en el Medio Oeste de Estados Unidos, y con él la espiroqueta de la enfermedad de Lyme. El informe anterior llega al final de la temporada, pero los investigadores de campo encontraron esta garrapata en las áreas donde residían los pacientes. *B. burgdorferi* ahora probablemente esté establecida en algunos focos en Nebraska y se pueden esperar casos adicionales en los próximos años.



Organización
Mundial de la Salud

EMIRATOS ÁRABES UNIDOS

NUEVO CASO DE INFECCIÓN POR EL MERS-CoV

13/12/2021

El 17 de noviembre de 2021, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Emiratos Árabes Unidos notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo caso de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV) en el país.

El caso es un hombre de 60 años de la región de Abu Dhabi. El 3 de noviembre presentó fiebre, dolor de garganta, dificultad para respirar y secreción nasal y fue atendido en un hospital el 5 de noviembre. El 6 de noviembre fue ingresado en el hospital, y una tomografía computarizada confirmó el diagnóstico de neumonía. El 11 de noviembre, se recogió un hisopo nasofaríngeo que dio positivo para MERS-CoV mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). También se realizó la prueba para SARS-CoV-2 y los resultados fueron negativos. El paciente presenta diabetes, hipertensión y dislipidemia como comorbilidades. Es dueño de una granja de dromedarios (*Camelus dromedarius*) en Abu Dhabi y tenía antecedentes de contacto cercano con estos animales en su granja en los 14 días previos al inicio de los síntomas. No se informó ningún historial de viajes durante el mismo período.

Desde julio de 2013, se han notificado en los Emiratos Árabes Unidos un total de 93 casos de infección por el MERS-CoV, incluido el actual.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 hasta el 18 de noviembre de 2021, en virtud del RSI (2005), de 2.583 casos confirmados por laboratorio, incluyendo al menos 888 muertes relacionadas (tasa de letalidad de 34,38%). La mayoría de estos casos se han registrado en la Península Arábiga, con un gran brote fuera de esta región en la República de Corea, en mayo de 2015, cuando se produjeron 186 casos confirmados por laboratorio (185 en la República de Corea y 1 en China) y 38 muertes.⁴

Respuesta de salud pública

Tras la identificación, se inició un informe del incidente, la investigación del caso y el rastreo de contactos. La investigación está actualmente en curso e incluye la detección de todos los contactos cercanos en el hogar del paciente, su granja de dromedarios y las instalaciones de atención médica. Se identificaron 51 contactos y se monitoreó diariamente la aparición de síntomas respiratorios o gastrointestinales durante 14 días después de su última exposición al caso confirmado.

⁴ La cifra global refleja el número acumulado de casos confirmados por laboratorio notificados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) hasta la fecha. El número de muertes incluye las muertes que la OMS conoce hasta la fecha mediante el seguimiento con los Estados Miembros afectados.

Todas las muestras de contactos cercanos de los pacientes resultaron negativas para MERS-CoV. Un trabajador de la salud que se identificó como contacto cercano se encuentra actualmente fuera de los Emiratos Árabes Unidos y se le ha notificado y aconsejado que se autocontrole. Está asintomático.

Se ha notificado a las autoridades veterinarias y se está llevando a cabo una investigación de los animales.

Evaluación de riesgos de la OMS

El síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) es una infección viral respiratoria en humanos y dromedarios causada por el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). La infección puede causar una enfermedad grave con una alta mortalidad. Aproximadamente 35% de los casos de MERS han muerto, pero esto puede ser una sobreestimación de la tasa de mortalidad real, ya que los sistemas de vigilancia existentes pueden pasar por alto los casos leves de MERS-CoV y hasta que se sepa más sobre la enfermedad, las tasas de letalidad sólo tienen en cuenta los casos confirmados por laboratorio.

Los seres humanos se infectan con el MERS-CoV por contacto directo o indirecto con dromedarios, que son el huésped natural y la fuente zoonótica de la infección. El MERS-CoV ha demostrado su capacidad de transmisión entre humanos pero, hasta ahora, se ha producido principalmente en entornos de atención médica y, de forma limitada, entre contactos cercanos.

La notificación de este nuevo caso no cambia la evaluación general del riesgo. La OMS espera que se notifiquen nuevos casos en Medio Oriente y/u otros países donde el MERS-CoV está circulando en dromedarios, y que los casos continuarán siendo exportados a otros países por personas que estuvieron expuestas al virus a través del contacto con dromedarios o productos animales (por ejemplo, el consumo de leche cruda de camello) o en un entorno de atención médica.

La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y realiza una evaluación de riesgos basada en la última información disponible. Sin embargo, a causa de la actual pandemia de COVID-19, las capacidades de testeo del MERS-CoV se han visto gravemente afectadas en muchos países, ya que la mayoría de los recursos se han destinado a la prevención y el control de la pandemia.

Consejos de la OMS

Sobre la base de la situación actual y la información disponible, la OMS vuelve a enfatizar la importancia de una vigilancia estricta por parte de todos los Estados Miembros de las infecciones respiratorias agudas y de revisar cuidadosamente cualquier patrón inusual.

La transmisión de persona a persona en entornos de atención médica se ha asociado con retrasos en el reconocimiento de los primeros síntomas de la infección por el MERS-CoV, demoras en la clasificación de los casos sospechosos y retrasos en la implementación de medidas de prevención y control de infecciones; estas últimas son críticas para prevenir la posible propagación del MERS-CoV entre personas en centros de salud. Los trabajadores de la salud siempre deben aplicar las precauciones estándar de manera coherente con todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico. Las precauciones contra las gotículas deben incluirse entre las precauciones estándar cuando se brinda atención a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; se deben incluir precauciones de contacto y protección ocular al atender casos probables o confirmados de infección por el MERS-CoV; deben aplicarse

precauciones contra la transmisión aérea al realizar procedimientos que generen aerosoles o en entornos donde se llevan a cabo procedimientos que generen aerosoles.

La identificación temprana, el manejo de los casos y su aislamiento, la cuarentena apoyada de los contactos, junto con las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones y la conciencia de la salud pública pueden prevenir la transmisión del MERS-CoV de persona a persona.

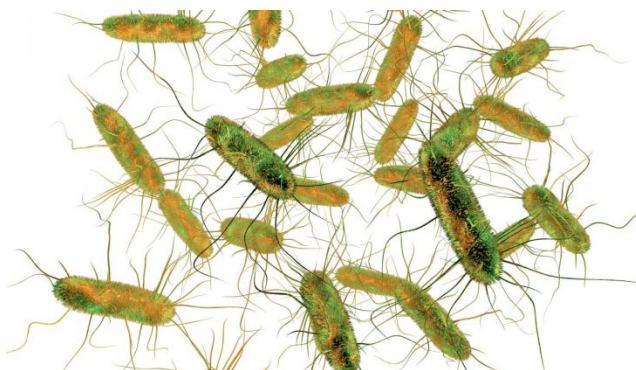
El MERS-CoV parece causar una enfermedad más grave en personas con afecciones médicas crónicas subyacentes, como diabetes, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar crónica y personas inmunodeprimidas. Por lo tanto, las personas con estas afecciones médicas subyacentes deben evitar el contacto cercano con animales, particularmente dromedarios, cuando visitan granjas, mercados o áreas de graneros donde se sabe que el virus está circulando potencialmente. Deben seguirse las medidas generales de higiene, como lavarse las manos con regularidad antes y después de tocar a los animales y evitar el contacto con animales enfermos.

Deben respetarse las prácticas de higiene alimentaria. Las personas deben evitar beber leche sin pasteurizar u orina de dromedario, o comer carne que no se haya cocido adecuadamente.

La OMS no recomienda un examen especial en los puntos de entrada con respecto a este evento ni recomienda actualmente la aplicación de restricciones comerciales o de viaje.

El 9 de diciembre la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) hizo público el *Informe sobre zoonosis de la Unión Europea 'Una Salud'* correspondiente al año 2020, que ha elaborado en colaboración con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).

La campilobacteriosis fue la zoonosis más notificada en la Unión Europea (UE) en 2020, con 120.946 casos, en comparación con más de 220.000 el año anterior. Le siguió la salmonelosis, que afectó a 52.702 personas en comparación con las 88.000 de 2019.



Por otro lado, el número de brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos también se redujo en 47%. A pesar de los buenos datos, las zoonosis han sido la causa de la muerte de 330 europeos en 2020.

A este respecto, la EFSA y el ECDC han dedicado un apartado del informe a los datos relativos a hospitalizaciones y casos mortales confirmados en humanos causados por zoonosis el pasado año en la UE.

Así, la lista de las zoonosis con más casos en humanos la encabeza la campylobacteriosis, con 120.946, de los que 8.605 tuvieron que ser hospitalizados y 45 fallecieron (0,05% de letalidad). No obstante, a pesar de ser la zoonosis con el número más elevado de casos y hospitalizaciones no es la que más muertes ha causado en Europa. Ese puesto lo ocupa la listeriosis, que con 1.876 casos, 780 hospitalizaciones y 167 muertes, se sitúa como la zoonosis más letal, con un 13% de letalidad.

En número de muertes, la salmonelosis (57) ocupa el segundo puesto; mientras que en tasa de letalidad, la segunda posición la obtiene el virus del Nilo Occidental, que con 322 casos, 219 hospitalizaciones y 39 muertos, presenta una tasa de letalidad de 12,1%. La mayoría de las infecciones humanas locales por este virus se notificaron en Grecia, España e Italia.

La tercera posición en número de muertes la ocupa la campylobacteriosis con 45; y en tasa de letalidad la brucelosis, con 128 casos, 36 hospitalizaciones y dos muertes (3,6% de letalidad).

Del informe además se desprende cuáles son las zoonosis con mayor proporción de hospitalizaciones, según los casos de los que han podido disponer la EFSA y el ECDC. En este caso, la listeriosis vuelve a estar en cabeza con un 97,1%, seguida por el virus del Nilo (91,6%), la triquinosis (72,7%) y la brucelosis (64,3%).

Las siguientes enfermedades notificadas con mayor frecuencia fueron la yersiniosis (5.668 casos) y las infecciones causadas por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (4.446).

Los expertos reconocieron el impacto de la pandemia de COVID-19 en Europa en la notable caída de las enfermedades zoonóticas notificadas en los seres humanos, que oscila entre 7% y 53% según la enfermedad en cuestión, así como los brotes transmitidos por los alimentos.

Los posibles factores detrás de la gran disminución de casos incluyen cambios en el comportamiento de búsqueda de atención médica, restricciones en viajes y eventos, cierre de restaurantes, cuarentena, confinamiento y otras medidas de mitigación, como el uso de barbijo, distanciamiento físico y desinfección de manos.

El informe también analiza los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos en la UE, eventos durante los cuales al menos dos personas han contraído la misma enfermedad por los mismos alimentos contaminados.

A este respecto, en 2020 se notificaron un total de 3.086 brotes transmitidos por alimentos. *Salmonella* siguió siendo el agente detectado con más frecuencia y causó aproximadamente 23% de los brotes. Las fuentes más comunes de brotes de salmonelosis fueron los huevos, los productos a base de huevo y la carne de cerdo.

El informe también incluye datos sobre *Mycobacterium bovis/caprae*, *Brucella*, *Trichinella*, *Echinococcus*, *Toxoplasma gondii*, rabia, fiebre Q y tularemia.

Asimismo, la EFSA informa de que está publicando dos herramientas de comunicación interactivas sobre los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos: un [story map](#) y un [panel](#).

El *story map* proporciona información general sobre los brotes transmitidos por los alimentos, sus agentes causantes y los vehículos alimentarios implicados.

Por su parte, el panel permite a las personas buscar y consultar la gran cantidad de datos sobre brotes transmitidos por alimentos en los Estados miembros de la UE y otros países informantes desde 2015 recopilados por la EFSA.

Hasta el 10 de diciembre, Ghana había registrado 46 muertes por fiebre amarilla, con 102 casos confirmados de alrededor de 600 sospechosos registrados.

La última muerte se registró el 9 de diciembre, además de tres nuevos casos más.

El brote, registrado por primera vez en octubre de 2021, ahora afecta a cuatro regiones: Savannah, Upper West, Bono y Oti.

El Dr. Dennis Laryea, jefe interino de Vigilancia de Enfermedades del Servicio de Salud de Ghana (GHS), dijo el 10 de diciembre que aunque los casos de fiebre amarilla se estaban reduciendo gradualmente, el Servicio aún registraba algunos casos sospechosos.

“El brote comenzó en West Gonja y North Gonja, pero no hemos registrado ningún caso en estos dos distritos durante un tiempo. Sin embargo, estamos registrando algunos casos en los distritos de Central Gonja, Bole y Sawla-Tuna-Kaba”, dijo.

Laryea dijo que el GHS había realizado una elaborada campaña de vacunación en las áreas de riesgo y que la semana próxima recibirá una donación de alrededor de 400.000 dosis de vacunas contra la fiebre amarilla de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para expandir la campaña de vacunación.

Agregó que la campaña se centrará en unas 600.000 personas no vacunadas en los distritos de interés.

El Dr. Franklin Aseidu-Bekoe, Director de Salud Pública del GHS, instó a todas las personas de la Región que presentaran fiebre, debilidad general, dolor de cabeza, náuseas y vómitos a reportarse de inmediato al centro de salud más cercano.

También alentó a las personas que nunca se habían vacunado contra la fiebre amarilla a que lo hicieran.

“Evite las picaduras de mosquitos vistiendo ropa que cubra todas las partes del cuerpo e informe al centro de salud más cercano si tiene fiebre y, especialmente, cuando observe una coloración amarillenta en los ojos”, aconsejó.

La fiebre amarilla es una enfermedad viral tropical que afecta al hígado y los riñones, causa fiebre e ictericia y, a menudo, es mortal. Es transmitida por mosquitos.

Una persona con fiebre amarilla puede presentar fiebre e ictericia en las primeras etapas y luego sangrar por cualquiera orificio corporal, como la nariz y la boca.

Se contrae mediante la picadura de un mosquito *Aedes* infectado, y la principal medida de prevención es la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla, la que proporciona inmunidad de por vida.



Este año se han informado cerca de 500 casos de tifus de los matorrales en varios distritos de Odisha, informó el 10 de diciembre al Parlamento el ministro de Estado de Salud y Bienestar Familiar de la Unión, Dr. Bharati Pravin Pawar.

El ministro dijo que el Centro Nacional para el Control de Enfermedades estaba al tanto de la emergencia de la enfermedad en el estado. “En 2021, se reportaron un total de 497 casos de tifus de los matorrales en varios distritos de Odisha. Nabarangpur ha reportado 43 casos este año”, dijo.

En vista de las tendencias crecientes de casos, el Centro Nacional para el Control de Enfermedades emitió una alerta en septiembre de 2021 a todos los estados y territorios de la Unión con respecto a las medidas de contención para la prevención de la aparición y el manejo de los brotes.

El tifus de los matorrales es causado por la bacteria *Orientia tsutsugamushi*. Se transmite a las personas a través de la picadura de niguas infectadas. Los síntomas más comunes incluyen fiebre, dolor de cabeza, dolores corporales y, a veces, sarpullido.⁵

⁵ Las niguas son larvas de ácaros de la familia Trombiculidae. Varias especies, en su etapa larvaria, muerden a su huésped animal o humano y al incrustar sus piezas bucales en la piel causan una irritación intensa o una roncha, generalmente con picazón severa y dermatitis.

Viven en bosques y praderas y también se encuentran en la vegetación de áreas bajas y húmedas como bosques, arbustos de bayas, huertos, a lo largo de lagos y arroyos, e incluso en lugares más secos donde la vegetación es baja, como parques y campos de golf. Son más numerosos a principios del verano cuando la hierba y otra vegetación son más abundantes. En su etapa larvaria, se adhieren a varios animales, incluidos los humanos, y se alimentan de la piel, a menudo causando picazón. Estos parientes de las garrapatas son casi microscópicos, miden 0,4 mm.

Pasan por un ciclo de vida de huevo, larva, ninfa y adulto. Las larvas se alimentan de las células de la piel de una gran variedad de criaturas, incluidos los humanos. Después de arrastrarse sobre sus huéspedes, inyectan enzimas digestivas en la piel que descomponen las células dérmicas, formando un agujero llamado estilostoma y mastican trozos diminutos de la piel interna, lo que provoca irritación e inflamación severas. La picazón es acompañada de protuberancias rojas con forma de granos (pápulas) urticaria y erupción cutánea o lesiones en áreas expuestas al sol. En los humanos, la picazón generalmente ocurre después de que las larvas se desprenden.

Después de alimentarse de sus huéspedes, las larvas caen al suelo y se convierten en ninfas, luego maduran y se convierten en adultos, que tienen ocho patas y son inofensivos para los humanos. En la etapa postlarval, no son parásitos y se alimentan de material vegetal.

La especie *Leptotrombidium deliense* es considerada una plaga peligrosa en Asia Oriental y el Pacífico Sur porque a menudo es portadora de *Orientia tsutsugamushi*, la bacteria que causa el tifus de los matorrales. Los ácaros son infectados por la bacteria que se transmite de padres a hijos antes de que se pongan los huevos en un proceso llamado transmisión transovárica.

La noticia actual no indica cómo se hizo el diagnóstico de tifus de los matorrales. La prueba de Weil-Felix se usa comúnmente para hacer el diagnóstico de infecciones por rickettsias, incluido el tifus de los matorrales, en áreas con recursos limitados donde los métodos de diagnóstico más actuales no están disponibles. La prueba de Weil-Felix es una reacción de aglutinación basada en el hecho de que ciertos serotipos de bacterias *Proteus* muestran reactividad cruzada antigénica con especies de *Rickettsia*, incluyendo *O. tsutsugamushi*, un organismo similar a *Rickettsia*. Esta prueba ha sido reemplazada en gran parte debido a su baja sensibilidad y especificidad con nuevas técnicas serológicas. Por ejemplo, se han observado resultados falsos positivos en 54% de los voluntarios sanos y 62% de los pacientes con fiebre no rickettsial con la prueba de Weil-Felix.

El estándar de oro para el diagnóstico de las infecciones por rickettsias son los ensayos de anticuerpos IgG inmunofluorescentes indirectos de muestras de suero emparejadas (una tomada durante la fase aguda de la enfermedad y otra tomada de 2 a 4 semanas después en la fase de convalecencia). Los resultados de una sola muestra de suero agudo no son fiables, ya que se necesitan entre 7 y 10 días para que el anticuerpo IgG sea detectable, y el anticuerpo estará presente en un alto porcentaje de personas sanas en una región endémica como India.

Odisha es un estado indio ubicado a lo largo de la Bahía de Bengala en el este de India; limita con West Bengal y Jharkhand al norte, Chhattisgarh al oeste, Andhra Pradesh al sur y Telangana al suroeste. Nabarangpur es un distrito y una ciudad en el suroeste de Odisha; la mayor parte de su población es tribal y su superficie está cubierta de bosques.



Níger ha completado las evaluaciones necesarias de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para certificar la eliminación de la oncocercosis, comúnmente conocida como ceguera de los ríos.

El 9 de diciembre, en la Expo 2020 de Dubái, se anunció que Níger está preparando la documentación necesaria para la verificación de la OMS y la certificación pendiente, y el país ahora está listo para ser el primero en África en declarar que ha eliminado esta enfermedad tropical desatendida, una hazaña que alguna vez se consideró imposible. Después de más de 40 años de trabajo para controlar o eliminar la oncocercosis en África Occidental, el logro en Níger proporciona una prueba de concepto de que la eliminación es posible, no solo en África Occidental sino en todo el continente.

Para que la OMS certifique oficialmente la eliminación de la oncocercosis en Níger, el país debe presentar un expediente de eliminación. Si es aceptado, la OMS hará una declaración formal de eliminación de la transmisión. El Fondo END está apoyando actualmente el programa nacional de Níger en sus esfuerzos por compilar un expediente completo.

Ellen Agler, directora ejecutiva del Fondo END, comentó: “El logro de Níger es realmente inspirador. El país demostró un liderazgo y perseverancia increíbles a lo largo de un viaje largo e inexplorado hacia la eliminación de la oncocercosis. Ha sido un privilegio del Fondo END ayudar a Níger a llegar a un destino que muchos pensaron que no se podría llegar.

“La importancia de este momento no puede subestimarse. Estos esfuerzos han generado miles de millones en ganancias económicas para Níger, y la energía y el impulso que esto generará en el sector mundial de las ETD es inconmensurable. En nombre de todo el ecosistema de socios que representa el Fondo END, honramos el liderazgo de Níger y estamos entusiasmados de apoyar a la próxima ola de países de África que sigan los pasos de Níger”, agregó.

La urgente necesidad de acabar con las ETD

Las ETD afectan a más de 1.700 millones de personas, a menudo aquellas que viven en zonas de escasos recursos, en comunidades remotas y sin servicios básicos como acceso a agua potable y saneamiento.

Se ha logrado un progreso significativo desde la histórica Declaración de Londres de 2012 sobre las ETD, que unificó a los socios de todos los sectores, países y comunidades para impulsar una mayor inversión y acción sobre las ETD. Hoy en día, cientos de millones de personas ya no requieren tratamiento para las ETD y con la eliminación de la oncocercosis en Níger, 35 países habrán eliminado al menos una ETD desde 2012.

El logro de Níger con la oncocercosis demuestra lo que es posible con inversiones sostenidas a largo plazo, la apropiación del objetivo por parte del país y asociaciones público-privadas eficaces. La innovación y las nuevas tecnologías también desempeñan un papel fundamental, desde la aplicación de datos satelitales y geoespaciales en tiempo real y altamente granulares y otros datos geoespaciales para identificar mejor los lugares de reproducción de vectores a nivel de aldea, hasta la introducción pendiente de nuevos medicamentos como la moxidecti-

na, que en combinación con los medicamentos ya existentes podrían acelerar la eliminación de la oncocercosis y la filariosis linfática en África.

Historia de la oncocercosis en Níger

Hace más de medio siglo, vastas áreas de tierra fértil fueron abandonadas en África Occidental debido a una pequeña mosca negra que porta un parásito que causa graves molestias y eventualmente conduce a la oncocercosis. La enfermedad es la segunda causa infecciosa de ceguera en el mundo.

En 1974, se puso en marcha el Programa de Control de la Oncocercosis (OCP) en África Occidental, para erradicar la enfermedad en la región. Los primeros esfuerzos se centraron en controlar la mosca negra que propaga el parásito causante de la enfermedad y comenzaron con fumigaciones terrestres y desde helicópteros.

El progreso logrado a través del control de vectores se complementó con campañas de administración masiva de medicamentos que comenzaron en 1987 luego de las donaciones de ivermectina de Merck, que ofreció a los países una vía para ampliar el tratamiento de la oncocercosis como nunca antes. La asociación público-privada del Programa de Donación de Mectizan (MDP) entre Merck & Co., la OMS y los países endémicos es el programa de donación de medicamentos de mayor duración.

Las campañas de ETD en Níger dependen del apoyo fundamental de los trabajadores de la salud de primera línea y los distribuidores de medicamentos, que sirven a las comunidades locales en todo el país, incluidas las aldeas de difícil acceso en el norte y los grupos nómadas de la zona central que cambian de ubicación con regularidad.

Gracias a estos esfuerzos sostenidos, en agosto pasado, el Comité Asesor de Expertos en Oncocercosis informó al Ministerio de Salud de Níger que el programa nacional de eliminación había logrado su objetivo de eliminar la transmisión de la oncocercosis.

El vínculo entre las ETD y la prosperidad económica

La nueva trayectoria económica de Níger se describe en un nuevo informe de Dalberg titulado *Eliminando la oncocercosis y la filariosis linfática: alcanzando la última milla*.

Según el informe, los países que eliminan la oncocercosis y la filariosis linfática generan importantes beneficios económicos que catalizan el crecimiento económico. Por ejemplo, al eliminar la oncocercosis y controlar la filariosis linfática, Níger agregó un estimado de 2.800 millones de dólares a su economía durante los últimos 45 años.

Una vez eliminada la carga de la enfermedad, las personas pudieron llevar una vida productiva y ahorrar en gastos de salud; las familias fueron liberadas del cuidado de los niños y pudieron continuar su educación y trabajo; y las comunidades rurales se reasentaron en tierras productivas alrededor de los ríos, mejorando la producción agrícola y aumentando los ingresos locales.

La fuerza laboral de la salud también se revitaliza a medida que los cuidadores pueden trabajar fuera del hogar. Esto es particularmente impactante en lo que respecta a las mujeres cuidadoras que pueden reinvertir en sus comunidades, ya que se ha demostrado que las inversiones lideradas por mujeres tienen un efecto multiplicador en las economías locales.

El informe también encontró que no eliminar la transmisión de enfermedades crea riesgos que pueden obstaculizar el desarrollo económico y limitar el potencial de las poblaciones afectadas.

Reino Unido se enfrenta a una “emergencia Omicron”. Así lo afirmó el primer ministro Alexander Boris de Pfeffel Johnson el 12 de diciembre horas después de que las autoridades sanitarias elevaran de tres a cuatro el nivel de alerta ante la propagación de la variante Omicron del SARS-CoV-2.

“Me temo que ahora nos enfrentamos a una emergencia en nuestra lucha contra la nueva variante Omicron”, dijo Johnson, e instó a la población a recibir las vacunas de refuerzo.

“Ahora está claro que dos dosis de la vacuna simplemente no son suficientes para dar el nivel de protección que todos necesitamos. Pero la buena noticia es que nuestros científicos confían en que con una tercera dosis, una dosis de refuerzo, todos podremos volver a aumentar nuestro nivel de protección”, detalló.

La última vez que Reino Unido estuvo en el nivel cuatro fue en mayo pasado.

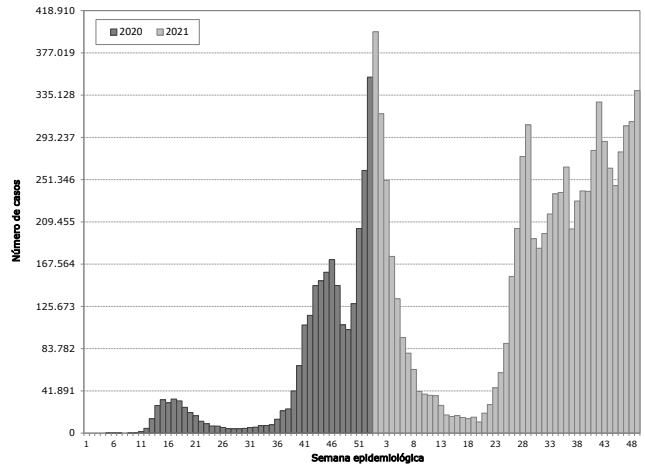
Previamente, las autoridades sanitarias de Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte recomendaron la elevación del nivel de alerta debido a que el virus se está extendiendo de una forma acelerada.

Los riesgos de contagio se miden mediante un sistema de cinco niveles codificados por colores: el cuarto, de color naranja, es un nivel alto o creciente de transmisión. Este sistema es independiente de cualquier decisión gubernamental sobre el endurecimiento de las normas.

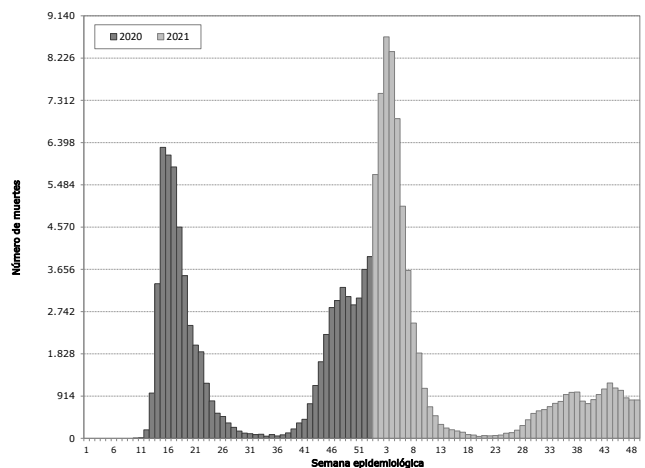
La preocupación de las autoridades sanitarias tiene base en que los primeros datos muestran que la variante Omicron se está extendiendo mucho más rápido que la Delta y que la protección de la vacuna contra la enfermedad sintomática de esa nueva variante es reducida.

“Los datos sobre la gravedad se aclararán en las próximas semanas, pero las hospitalizaciones por la variante Omicron ya se están produciendo y es probable que aumenten rápidamente. El Servicio Nacional de Salud está actualmente bajo presión por los casos de no-COVID”, indicaron las autoridades. “Pero, con una variante que se está extendiendo con una mayor transmisibilidad y la menor eficacia de la vacuna, es probable que esa presión crezca pronto”.

Los responsables de salud pública instaron a la población a vacunarse y a recibir una dosis de refuerzo a quienes ya lo están. Señalaron que la gente debe mantener las habitaciones ventiladas, usar barbijo, hacerse pruebas periódicas y autoaislarse cuando presente síntomas.



Casos confirmados de COVID-19. Reino Unido. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 49 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 13 de diciembre de 2021, 16:51 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Reino Unido. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 49 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 13 de diciembre de 2021, 16:51 horas.

La recomendación se basa en que los primeros datos muestran que la administración de una tercera dosis de refuerzo evita que alrededor de 75% de las personas presente algún síntoma de COVID-19 por la variante Omicron.

Los mayores de 30 años en Inglaterra y Escocia podrán programar sus dosis de refuerzo a partir del 13 de diciembre, y en Escocia el rango entre 18 y 29 años a mediados de esta semana.



Gales, al igual que Inglaterra y Escocia, tiene como objetivo aplicar las vacunas de refuerzo a todos los adultos a más tardar a fines de enero, mientras que Irlanda del Norte ya lo está haciendo para mayores de 30 años y sin cita previa.

En Reino Unido se administraron el 11 de diciembre más de 500.000 dosis de refuerzo, en el segundo día desde que comenzó el despliegue de la aplicación de terceras dosis.

También se han vuelto a actualizar las normas de autoaislamiento en Inglaterra. A partir del 14 de diciembre, las personas totalmente vacunadas que entren en contacto con alguien contagiado con COVID-19 no tendrán que autoaislarse automáticamente, sino que se someterán a pruebas diarias durante siete días.

Se trata del último cambio en la normativa después de que el gobierno introdujera nuevas medidas del Plan B, entre las que se incluyen los pasaportes COVID-19 para algunos eventos multitudinarios y el regreso al trabajo remoto desde el hogar.

Por su parte, Gales y Escocia han dicho que las nuevas normas podrían llegar en las próximas semanas.

Anteriormente, el Secretario de Educación, Nadhim Zahawi, dijo que hay personas hospitalizadas por Omicron y que la variante representa un tercio de los casos en Londres.

Cuando se le preguntó si podía garantizar que todas las escuelas estarían abiertas en enero, Zahawi dijo que haría “todo lo posible”, pero no lo aseguró.

Los científicos han afirmado que, sin más restricciones, Reino Unido se enfrenta a una importante oleada por la variante Omicron en enero y que para abril el número de muertes podría oscilar entre 25.000 y 75.000, dependiendo de la eficacia de las vacunas.

Arte y pandemia



Una mujer que usa un barbijo para protegerse de la COVID-19 pasa junto a un graffiti que representa a una médica en San Petersburgo, Rusia, el 17 de noviembre de 2020.

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.