

ARGENTINA

- Situación epidemiológica del dengue y otras arbovirosis
- Adecuación de las medidas de vigilancia, aislamiento y cuarentena ante la circulación de nuevas variantes del SARS-CoV-2
- Alertan sobre la posibilidad de contraer la enfermedad de Chagas por trasplante de córnea

AMÉRICA

- Actualización de la situación epidemiológica de la fiebre amarilla

- Bolivia: Declaran la emergencia sanitaria nacional ante el incremento de casos de COVID-19

- Bolivia: Un caso de rabia humana en Potosí

- Estados Unidos: Caso de hantavirosis en el condado de King, Washington

- Estados Unidos: Detectan en el condado de Columbiana el primer caso humano de virus Powassan en Ohio

- México: Aumentó la resistencia antimicrobiana durante la pandemia de COVID-19

EL MUNDO

- China: Reportan una muerte por infección de la ameba *Balamuthia mandrillaris*

- Europa: Melones importados de Honduras causan un brote de salmonelosis

- India: El mayor número de muertes por leishmaniosis visceral de los últimos siete años

- Sudáfrica: Los casos de COVID-19 causados por la variante Omicron registran un rápido descenso

- Sudán del Sur: Aumento significativo en los casos de hepatitis E

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.

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

Situación epidemiológica de las arbovirosis

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 31 y 50 de 2021, se estudiaron 271 casos sospechosos de encefalitis de Saint Louis, enfermedad por el virus 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.

Dentro de los casos estudiados, se registró un caso probable de encefalitis de Saint Louis (Córdoba, SE 43) que se halla aún pendiente de confirmación. Para el resto de los casos, 79% presentó pruebas de laboratorio negativa y 21% se encuentran en estudio.

En el mismo período, no se registraron casos humanos ni epizootias en primates no humanos de fiebre amarilla.

Situación epidemiológica del dengue

En el año 2021, entre las SE 31 y 50, se notificaron 1.297 casos con sospecha de dengue en las 24 jurisdicciones del país. En el año 2021, hasta la SE 49, se registraron 3.972 casos autóctonos confirmados de dengue, sin registro de nuevos casos desde la SE 25 de 2021. Si bien se registraron tres serotipos circulantes en el país, la mayor parte de los casos tipificados pertenecieron al serotipo DENV-1 (93% de los casos). Los serotipos DENV-2 (3%) y DENV-4 estuvieron restringidos a unas pocas localidades.

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.

En la temporada actual (SE 31 a 50 de 2021), no se registraron casos confirmados de dengue. Del total de casos notificados correspondientes al período de estudio, diez de ellos presentaron pruebas positivas que no permiten confirmar la infección (casos probables), sin evidencia de circulación viral en la zona. Los casos corresponden a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (dos casos, SE 38 y 46) y a las provincias de Buenos Aires (dos casos, SE 44 y 49), Chaco (dos casos, SE 47 y 48), Formosa (tres casos, SE 39, 40 y 42) y Santa Fe (un caso, SE 48). El 50,6% fueron descartados, el 38,6% muestran resultados no conclusivos, el 10% son casos sospechosos pendientes de resultados y el restante 0,8% son casos probables.

Los últimos casos de dengue confirmados ocurrieron 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 para el momento actual.



Luego de 20 semanas epidemiológicas (SE) de baja en el número de casos de COVID-19 a nivel nacional, en la SE 40 se produjo una interrupción de esa tendencia y un ascenso progresivo del número de casos que se aceleró en las últimas dos semanas, en las que se registró un aumento de 74% entre las SE 49 y 50 y de 142% entre las SE 50 y 51.

Variantes del SARS-CoV-2

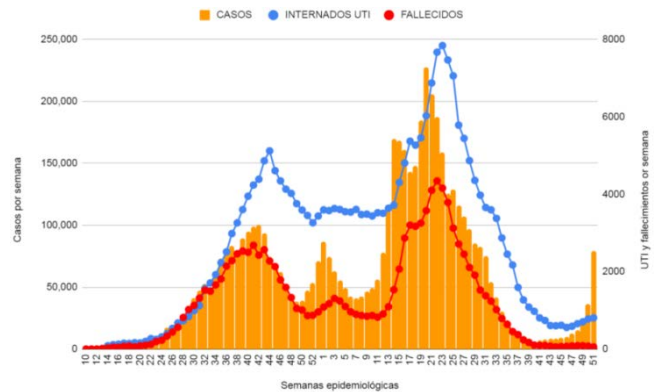
En Argentina, entre las SE 36 y 49 de 2021, la circulación de variantes de SARS-CoV-2 se caracterizó por un predominio de Delta y un descenso en las detecciones de Gamma, Alpha y Lambda. La variante Delta representó más de 95% de los casos analizados en las últimas semanas.

El 5 de diciembre de 2021 se confirmó el primer caso de la variante Omicron en Argentina en un viajero procedente de Sudáfrica, residente de la provincia de San Luis. Al 12 de diciembre fueron identificados cuatro casos adicionales, los cuales correspondían a un viajero procedente de Dubái, Emiratos Árabes Unidos, y tres casos relacionados con el mismo, las cuatro personas residentes de la provincia de Córdoba. El 15 de diciembre la provincia de Córdoba notificó un brote de COVID-19 con identificación de variante Omicron asociado a un primer evento social al que concurrió un viajero infectado procedente de Estados Unidos y en quien se identificó dicha variante. Desde ese momento, la provincia experimenta un fuerte aumento en el número de casos e identifica una creciente proporción de casos correspondientes a Omicron. Paralelamente se identificaron casos de Omicron sin antecedentes de viaje en diferentes jurisdicciones del país: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, Salta, San Luis y Santa Fe; y con antecedentes de viaje o relacionados a la importación en CABA y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Salta, San Luis, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán; se observó un aumento significativo de casos en la mayoría de las jurisdicciones, sobre todo en la última semana.

Los viajeros en los que se aisló la variante Omicron provenían de Australia, Brasil, Emiratos Árabes Unidos (Dubái), España, Estados Unidos, México, Reino Unido (Londres) y Sudáfrica.

Desde la aparición de la variante Omicron en el país, la proporción de la variante Delta presentó un descenso, registrándose en aproximadamente 85,86% de las muestras analizadas en la SE 51 en todo el país, mientras que la variante Omicron representa 14% de los casos analizados para esa semana.

Para la determinación de transmisión comunitaria de nuevas variantes, se debe considerar el comportamiento epidemiológico, además de la secuenciación genómica. Actualmente, y como está sucediendo en distintos países del mundo, muchas jurisdicciones están experimen-



Casos, fallecidos y personas internadas en unidades de terapia intensiva, según semana epidemiológica. Argentina. Semanas epidemiológicas 10 de 2020 a 51 de 2021. Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.

tado un aumento exponencial de casos, con tiempos de duplicación muy cortos, lo que es orientativo de circulación comunitaria de la variante Omicron.

Recomendaciones para los equipos de salud

En el actual escenario de alta circulación del SARS-CoV-2, con la variante Delta predominante en muchas jurisdicciones y la variante Omicron (de mayor transmisibilidad) comenzando a ser predominante también en varias jurisdicciones, el Ministerio de Salud instó a los equipos de salud de todo el país a:

- Completar esquemas de vacunación en la población según las recomendaciones vigentes.
- Fortalecer las medidas de prevención.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica y adecuar las modalidades de vigilancia a la situación epidemiológica.
- Adecuar las medidas ante casos y contactos de conformidad con este documento.

Lineamientos para la prevención, vigilancia y control epidemiológico de casos y contactos

- Iniciar y completar esquemas de vacunación en personas a partir de los 3 años de edad.
- Aplicar dosis de refuerzo a partir del quinto mes después de haber completado el esquema primario de vacunación contra la COVID-19 con la segunda o tercera dosis, según corresponda, y de acuerdo a los planes de cada jurisdicción.
- Aplicar dosis de refuerzo a partir del cuarto mes después de haber completado el esquema primario de vacunación contra la COVID-19 en personal de salud y personas mayores de 60 años.
- Recordar que se agregó a la definición de caso sospechoso de COVID-19 a toda persona que: haya recibido un esquema de vacunación completo contra la COVID-19, y que hubieran pasado al menos 14 días desde la última dosis, y presente uno o más de los siguientes síntomas: fiebre (37,5°C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, rinitis/congestión nasal.
- Las estrategias diagnósticas serán definidas por cada jurisdicción teniendo en cuenta la situación epidemiológica local y la capacidad de respuesta.
- Ante situaciones de alta circulación viral, se recomienda la confirmación de casos por criterios clínico epidemiológicos (para contactos estrechos sintomáticos de casos confirmados por laboratorio), sin necesidad de realización de test diagnóstico.
- **Criterios para la cuarentena de contactos estrechos:**
 - Contactos estrechos asintomáticos sin vacunación o con esquema incompleto: 10 días de aislamiento desde el momento del último contacto con un caso confirmado, o 7 días de aislamiento y un test negativo a partir del séptimo día, más 3 días de cuidados especiales: no concurrir a eventos definidos como de mayor riesgo –eventos masivos, reuniones sociales–, utilizar barbijo de forma adecuada –bien ajustado, tapando nariz, boca y mentón– en forma permanente en ambientes cerrados o abiertos donde haya otras personas, mantener el distanciamiento físico, ventilar los ambientes de manera continua, extremar los cuidados ante la presencia de personas con factores de riesgo.
 - Contactos estrechos asintomáticos con esquema de vacunación completo (con menos de 5 meses de completado el esquema o aplicada la dosis de refuerzo): 5 días de aislamiento más 5 días de cuidados especiales: no concurrir a eventos definidos como de mayor riesgo –eventos masivos, reuniones sociales–, utilizar barbijo de forma adecuada –bien ajustado, tapando nariz, boca y mentón en forma permanente en ambientes cerrados o abiertos donde haya otras personas–, mantener el distanciamiento físico,

ventilar los ambientes de manera continua, extremar los cuidados ante la presencia de personas con factores de riesgo. Se podrá indicar la realización de test diagnóstico luego del quinto día en situaciones especiales (trabajadores en contacto con población de riesgo).

- **Criterios de aislamiento de casos confirmados:**

- Casos confirmados sin vacunación o con esquema incompleto: 10 días de aislamiento desde la fecha de inicio de síntomas o, para personas asintomáticas, desde la fecha del diagnóstico.
- Casos confirmados con esquema de vacunación completo (con menos de 5 meses de completado el esquema o aplicada la dosis de refuerzo): 7 días de aislamiento desde la fecha de inicio de síntomas (o del diagnóstico en casos asintomáticos), con al menos 48 horas sin síntomas o con síntomas leves, más 3 días de cuidados especiales: no concurrir a eventos masivos ni reuniones sociales, utilizar barbijo de forma adecuada –bien ajustado, tapando nariz, boca y mentón en forma permanente en ambientes cerrados o abiertos donde haya otras personas–, mantener el distanciamiento físico, ventilar los ambientes de manera continua, extremar los cuidados ante la presencia de personas con factores de riesgo.

A todos los casos confirmados se les inhabilitará el pase sanitario por 10 días para concurrir a eventos masivos u otras actividades consideradas de mayor riesgo.

Es fundamental el control del cumplimiento de los días de aislamiento de los casos y cuarentena de los contactos estrechos, según las normativas vigentes.

- **Cuarentena de contactos estrechos en personal de salud en situaciones de alta circulación y tensión del sistema de salud:**

En situaciones excepcionales se podrá disminuir la duración de la cuarentena en personal de salud, que presente esquema completo de vacunación con dosis de refuerzo aplicada, exigiendo el uso del equipo de protección personal adecuado y la realización de un test de reacción en cadena de la polimerasa previo al regreso laboral.

Notificación

- En la actual situación epidemiológica, todos los casos sospechosos de COVID-19 deberán ser notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud con datos mínimos. Los casos confirmados internados deberán consignar los datos de internación (fecha de ingreso y alta y eventualmente el ingreso a la unidad de cuidados intensivos).
- Todos los brotes de COVID-19 deberán ser notificados por las autoridades sanitarias responsables del estudio epidemiológico al formulario de notificación de brotes de COVID-19.
- Variantes de SARS-CoV-2 mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en vigilancia poblacional en notificación numérica agrupada: Notificación semanal según variante de preocupación estudiada.
- Vigilancia genómica de variantes de SARS-CoV-2 en notificación nominal: casos estudiados por secuenciación en vigilancia poblacional y de la gravedad o sospechas de Omicron en jurisdicciones donde no se ha documentado la transmisión comunitaria extendida.

Recomendaciones para la población:

- Iniciar y completar los esquemas de vacunación de acuerdo a las recomendaciones vigentes.

- Usar barbijo correctamente –bien ajustado, tapando nariz, boca y mentón– en lugares cerrados y al aire libre cuando se está cerca de otras personas.
- Mantener una ventilación cruzada y continua de los ambientes compartidos con personas no convivientes (reuniones sociales, trabajo, escuela, espacios recreativos y todo otro espacio cerrado compartido).
- Consultar de manera temprana ante la presencia de uno o más síntomas compatibles con COVID-19, siguiendo los lineamientos de cada jurisdicción.
- Respetar de forma estricta el aislamiento (para casos de COVID-19) y la cuarentena (para contactos estrechos de casos de COVID-19).²

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

Un estudio de científicos y médicos argentinos alerta sobre la posibilidad real de una infección postrasplante de córnea si la persona donante padecía la enfermedad de Chagas.

Al igual que para otros trasplantes –riñón, hígado–, donde se autorizan donantes seropositivos en situaciones de urgencia o emergencia, los autores proponen que, si se utilizaran córneas de donantes seropositivos, los receptores deberían ser seguidos en estudios diagnósticos que permitieran detectar tempranamente una infección postrasplante o deberían recibir un tratamiento de profilaxis acorde.

En la investigación, se analizaron tejidos oculares (córneas, escleras y músculo ocular) provenientes de 10 potenciales donantes cadavéricos de córneas con serología positiva para *Trypanosoma cruzi*, el parásito causante de la enfermedad de Chagas.

Se extrajo material genético de los tejidos y se realizó la posterior amplificación por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de secuencias de ADN específicas de *T. cruzi*. Los resultados mostraron presencia de material genético parasitario en 4 de las 20 córneas, 3 de las 20 escleras y 2 de los 7 músculos analizados.

Si bien la capacidad infectiva de los parásitos no fue ensayada, los hallazgos demuestran su presencia y alerta sobre la posibilidad real de una infección postrasplante.

El hallazgo tiene gran relevancia si se considera que el trasplante de córnea es el trasplante más frecuente a nivel mundial. Las características de los tejidos permiten su almacenamiento y transporte, incluso entre continentes, aumentando su accesibilidad en todo el mundo.

En Argentina, la infección del donante por *T. cruzi* está definida entre los factores de descarte corneal, normativa que está basada en las características generales de las enfermedades infecciosas. Ahora, el estudio argentino aporta evidencia científica en ese sentido tras analizar la presencia del parásito en tejido ocular humano y sugiere la necesidad de monitorear la salud de los pacientes trasplantados.

Frente a la migración poblacional entre regiones endémicas y no endémicas para la infección, este trabajo resalta la importancia de conocer el estado serológico del donante, independientemente de su origen o nacionalidad.





En 2021, cuatro países de la Región de las Américas –Bolivia, Brasil, Perú y Venezuela– notificaron casos confirmados de fiebre amarilla. En 2020 fueron dos los países de la región de las Américas que notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Brasil y Perú.

A continuación, se presenta un resumen de la situación de los países que notificaron casos confirmados de fiebre amarilla en 2021.

- **Brasil:** A partir de 2014, se registró la reemergencia extra-amazónica del virus de la fiebre amarilla. La expansión del área histórica de transmisión hacia áreas consideradas previamente sin riesgo ocasionó dos olas de transmisión, una en el periodo estacional 2016-2017 (778 casos humanos confirmados, incluidas 262 defunciones) y otra en el periodo estacional 2017-2018 (1.376 casos humanos confirmados, incluidas 483 defunciones). A raíz de esta situación, a partir de 2020, Brasil cambió el área de recomendación de vacunación a todo el país.

Durante el periodo estacional 2020/2021, comprendido entre julio de 2020 y junio de 2021, se notificaron 527 casos sospechosos en humanos, de los cuales 9 (1,7%) fueron confirmados, 13 (2,5%) se encuentran en investigación y 500 (94,9%) fueron descartados. Todos los casos confirmados, incluyendo tres casos fatales, fueron notificados en el estado de Santa Catarina. Entre los casos confirmados, el rango de edad fue de 18 a 67 años y ocho de los casos no tenían antecedente de vacunación o su estado de vacunación es desconocido.

Entre el 1 de julio y el 23 de diciembre de 2021, se notificaron 103 casos sospechosos en humanos, de los cuales uno fue confirmado en el estado de Pará y 35 aún se encuentran en investigación. El caso fue notificado el 21 de julio, y se trata de un hombre de 21 años residente del municipio de Afua, en el estado de Pará.

El número de casos reportados en el periodo estacional 2020-2021 es significativamente menor a lo observado en los dos periodos anteriores cuando el número de casos superó a lo notificado en varias décadas. En noviembre de 2020, se identificó un corredor de transmisión en la Región Sur, con epizootias en primates no humanos (PNH) en el estado de Paraná y Santa Catarina, en rutas de dispersión en dirección a Rio Grande do Sul y con posibilidad de alcanzar a países fronterizos como Argentina y Paraguay.

Después del aumento de la transmisión de la fiebre amarilla en Santa Catarina en diciembre de 2020, el estado fronterizo de Rio Grande do Sul fue afectado a partir de enero de 2021. El modelo de corredor ecológico usado durante el brote entre 2016 y 2018 fue actua-

lizado, con nuevas rutas y nuevos municipios definidos como prioritarios para las actividades de vigilancia e inmunización.

El registro de epizootias confirmadas de fiebre amarilla en la Región Centro-Oeste a partir de septiembre de 2020 alertan sobre el riesgo de dispersión a nuevas zonas. Los estudios genómicos identificaron que el linaje del virus es distinto al que reemergió en la región extra-amazónica a partir de 2014 y que causó los brotes en las regiones Sudeste y Sur en los últimos años. Este hallazgo indica que podría tratarse de una nueva introducción del virus desde la región endémica amazónica.

Durante el periodo estacional 2020/2021, la mayor proporción (88%) de epizootias confirmadas se registraron en la Región Sur (191/218), seguido de la Región Centro-Oeste (24/218), la Región Sudeste (2/218) y la Región Norte (1/218). En marzo de 2021, una epizootia de fiebre amarilla en PNH fue confirmada en el estado de Acre.

Entre el 1 de julio y el 28 de diciembre de 2021, se notificaron 276 epizootias entre PNH, de las cuales 13 fueron confirmadas y 10 aún se encuentran en investigación. Las epizootias confirmadas se notificaron en los estados de Minas Gerais y Santa Catarina.

- **Perú:** Entre las SE 1 y 49 de 2021, se notificaron 18 casos, de estos 10 fueron confirmados para fiebre amarilla y 8 casos probables están bajo investigación. Los casos probables notificados en 2021, hasta la SE 49, sobrepasan los casos probables notificados anualmente en los últimos cuatro años (2017/2020). De los 18 casos notificados hasta la SE 49 de 2021, el 77% (14/18) son hombres y 42% son adultos jóvenes entre 18 y 57 años, todos sin antecedente vacunal. Los casos fueron notificados en los departamentos de Loreto (6 casos), Puno (5), Ucayali (4) y San Martín (3). Adicionalmente, se notificaron siete defunciones entre los casos notificados, en los departamentos de Puno (4 defunciones), San Martín (2) y Loreto (1). En Perú, durante los últimos seis años (2016 - SE 49 de 2021) se notificaron 113 casos de fiebre amarilla, incluidas 42 defunciones. De estas, 41 fueron confirmadas y una fue clasificada como probable.
- **Venezuela:** Entre las SE 39 y 49 de 2021, se notificó un total de 11 casos humanos de fiebre amarilla en el estado de Monagas, todos confirmados por laboratorio. De estos, cinco fueron asintomáticos y seis presentaron signos y síntomas; el lugar probable de infección para 10 casos confirmados fue el municipio de Maturín y para un caso confirmado fue el municipio de Punceres. Del total de casos confirmados, nueve son hombres con un rango de edad entre los 24 y 82 años, nueve de ellos sin antecedentes de vacunación. Hasta la fecha, no se han notificado defunciones entre los casos confirmados.

Adicionalmente entre las SE 32 y 49, se notificaron 13 epizootias en PNH, 10 en el estado Monagas y tres en el estado Anzoátegui. De estas, dos epizootias notificadas en el estado Monagas fueron confirmadas por laboratorio en el Laboratorio Nacional de Referencia y 11 se confirmaron por nexo epidemiológico. Las epizootias confirmadas fueron notificadas en los municipios de Maturín (7), Aguasay (2), Punceres (1) en el estado de Monagas y el municipio de Freites (3) en el estado de Anzoátegui.³

³ La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud alienta a los Estados Miembros con áreas de riesgo para fiebre amarilla a continuar con sus esfuerzos para inmunizar a la población de riesgo y para que realicen las acciones necesarias para mantener informados y vacunados a los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla. Puede consultar las recomendaciones para los viajeros internacionales sobre la vacunación contra la fiebre amarilla haciendo clic [aquí](#).

DECLARAN LA EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL
ANTE EL INCREMENTO DE CASOS DE COVID-19

29/12/2021

El ministro de Salud y Deportes de Bolivia, Jeyson Marcos Auza Pinto, informó que el Consejo Nacional Estratégico para Emergencias Sanitarias reunido el 29 de diciembre, determinó declarar “emergencia sanitaria a nivel nacional”, como medida precautoria ante el incremento de casos de COVID-19 a causa de la cuarta ola que se presenta en todo el país, principalmente en Santa Cruz.

“Después de haber expuesto la situación epidemiológica que vive el país, el Consejo Nacional Estratégico para Emergencias Sanitarias determinó que el Ministerio de Salud y Deportes declare emergencia sanitaria a nivel nacional, que contiene medidas extraordinarias durante la vigencia de esta emergencia”, afirmó la autoridad.

En los últimos días las cifras de contagios se elevaron en todo el país de forma alarmante: el 29 de diciembre se reportaron 6.149 casos, siendo el departamento de Santa Cruz el que de forma alarmante acapara 71% de los mismos.

Auza explicó que se asumió esa determinación en aplicación a la Ley de Emergencia Sanitaria 1359, de 17 de febrero de 2021 y expuso que durante esta etapa se aplicarán las siguientes medidas.

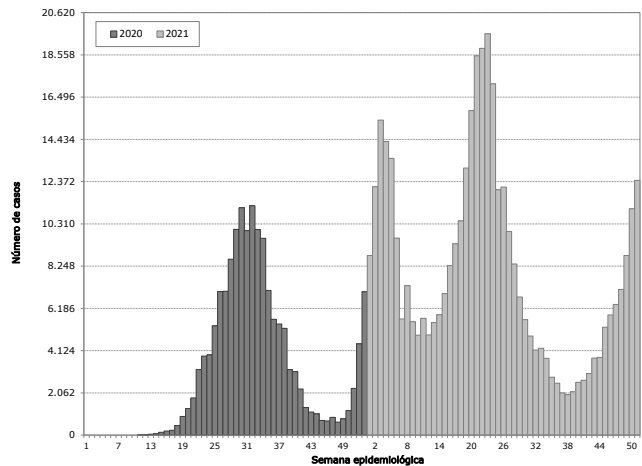
En cuanto a medicamentos e insumos, los laboratorios farmacéuticos industriales nacionales e importadores deben presentar la lista de precios máximos de venta de medicamentos, la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud (AGEMED) aprobará y publicará la lista actualizada máxima de precios unitarios de los mismos y dispositivos médicos.

En cuanto a los registros sanitarios, el Consejo determinó que se contará con un procedimiento abreviado para la emisión de dichos registros sanitarios.

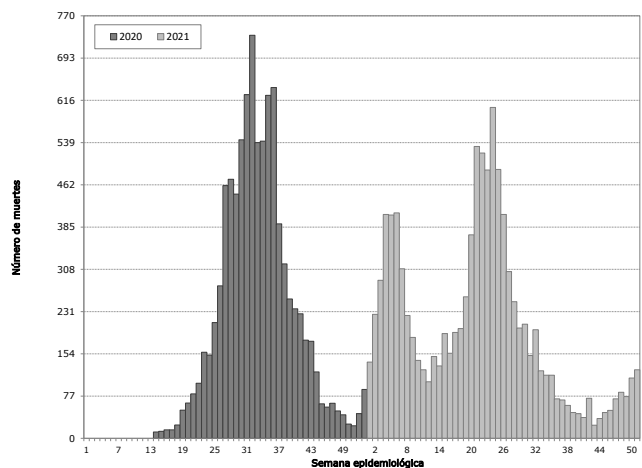
Respecto a los servicios de Salud, por ningún motivo podrán ser interrumpidos los servicios del sistema nacional mientras dure esta declaración de emergencia sanitaria.

La norma también establece que los servicios médicos en establecimientos privados no podrán exigir depósitos previos, garantías o cualquier tipo de cobro anticipado.

El ministro de Salud explicó que estas determinaciones, entre otras, entraron en vigencia el 29 de diciembre y se mantendrán en la medida que persista la cuarta ola de COVID-19.



Casos confirmados de COVID-19. Bolivia. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 51 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de diciembre de 2021, 16:14 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Bolivia. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 51 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de diciembre de 2021, 16:14 horas.

Sostuvo que, si bien se tienen datos alarmantes de aumento de casos en gran parte del país, se tiene el dato alentador que la tasa de letalidad se mantiene en 0,9%, sin que eso signifique que no se deba mantener una vigilancia epidemiológica constante.

Pidió a la población boliviana extremar las medidas de protección de su salud asumiendo responsablemente los recaudos de bioseguridad.

Una adolescente de 13 años contrajo rabia tras ser mordida por su propio perro, informó el responsable del Programa de Zoonosis del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Potosí, Ricardo Flores Valverde.

Se trata de una menor cuya vivienda está ubicada en la zona alta de la Villa Imperial, y que habría sido mordida por su propio cachorro y a los pocos días presentó una serie de dificultades en su salud por lo que fue internada en un centro médico donde permanece con diagnóstico reservado. Las pruebas de laboratorio confirmaron el diagnóstico de la adolescente, que se encuentra en terapia intensiva.

Los médicos conocieron de este caso porque el personal médico de la Caja de Salud de Caminos solicitó la valoración de la paciente en terapia intensiva. En ese momento se sospechaba que era rabia, pero no se tenía la confirmación por laboratorio.

“El personal de salud de esta área se aproximó al hospital. Se solicitaron muestras para poder remitirlas al Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) para poder descartar este cuadro”, explicó.

El 28 de diciembre se tomaron las muestras y el 29 de diciembre obtuvieron la respuesta con el diagnóstico que confirma que la adolescente dio positivo para rabia humana.

“La madre manifestó que la paciente aproximadamente un mes antes de la internación había sido mordida por un cachorro. Ella manifiesta haber tenido a cinco cachorros, dos ya los habrían regalado y de los tres, uno de ellos tenía signos de moquillo”, agregó el galeno.

El cachorro estaba agresivo y tras ser llevado a un veterinario, tuvieron el posible diagnóstico de moquillo.

El galeno dijo que se ha revisado la historia clínica. La adolescente fue internada el 10 de diciembre con varias patologías, como gastroenteritis, infección urinaria y salmonelosis.

“La rabia es una enfermedad altamente mortal. Frente a esa situación tenemos que tomar todas las medidas correspondientes desde el inicio de la observación del animal. No podemos bajar la guardia”, dijo.

Por ello, alertó que las familias que sospechen que su perro tiene moquillo, debe ameritar alerta al comportamiento del animal para descartar rabia, según reportó el Potosí.



Los hantavirus pueden causar una enfermedad rara pero mortal llamada síndrome pulmonar por hantavirus (SPH). Los hantavirus son un grupo de virus transportados por roedores, y el virus Sin Nombre es el tipo presente en el condado de King, estado de Washington. A medida que el clima se vuelve más frío y los roedores buscan refugio de los elementos, los residentes del condado de King deben estar conscientes del hantavirus y las medidas de seguridad para evitar la exposición.



Ratón ciervo (*Peromyscus maniculatus*)

El SPH rara vez se registra en el estado de Washington, con solo 45 casos reportados desde 1997, principalmente en el este del estado. Desde 1997 se han detectado ocho casos de SPH en el condado de King, incluido un caso reciente que está siendo investigado actualmente en un residente adulto del sureste del condado de King, que fue hospitalizado en diciembre de 2021 y ahora se está recuperando. El paciente informó una probable exposición a ratones.

De estos ocho casos, se cree que cinco fueron adquiridos en el condado de King, incluido el caso más reciente. El anterior caso en el condado de King fue confirmado en 2017, cuando hubo un clúster de tres casos adquiridos localmente entre diciembre de 2016 y marzo de 2017.

Aunque no se ha confirmado un mayor riesgo de exposición al hantavirus en el condado de King, es importante que las personas conozcan este riesgo y los síntomas que deben conocer y saber cómo identificar y responder adecuadamente a las infestaciones de roedores. No existe una vacuna ni un tratamiento específico para el SPH, por lo que minimizar la exposición a los roedores y sus nidos es clave.

En el estado de Washington, el hantavirus solo lo transmite el ratón ciervo (*Peromyscus maniculatus*). Cuando este roedor está infectado con el hantavirus parece sano y no enferma. En otras partes de Estados Unidos, otros roedores también pueden ser portadores de la enfermedad. No es transportado por ratas o ratones domésticos en la región, pero puede ser difícil distinguir entre los distintos tipos de roedores según su apariencia.⁴

⁴ Se registran esporádicamente casos de infección por hantavirus en el estado de Washington. El hantavirus involucrado en este caso y en otros registrados en el oeste de Estados Unidos es el virus Sin Nombre. Las muertes se deben al síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SPH). Este síndrome puede ser muy grave y los pacientes que desarrollan los síntomas deben buscar atención médica lo antes posible. Afortunadamente, este caso se está recuperando. Este no es siempre el caso: aproximadamente un tercio de los casos de SPH son fatales.

Los roedores infectados excretan el virus en las heces, la orina y la saliva. Las personas que abran cabañas o áreas de almacenamiento que hayan estado cerradas durante el invierno o limpien áreas con signos de presencia de roedores deben prestar atención a las precauciones que recomiendan los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para evitar la exposición al virus. La nota no menciona las circunstancias bajo las cuales el residente del condado de King adquirió la infección. En 2017 en Washington, una mujer probablemente adquirió su infección por el virus Sin Nombre del sistema de aire de un automóvil. Esto ilustra el hecho de que existe riesgo de infección en cualquier lugar donde estén presentes estos ratones.

El laboratorio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) confirmó el 23 de diciembre que se detectó el primer caso de infección por el virus Powassan en el condado de Columbiana.

Se sospechaba que un residente de Lisbon había sido infectado por el virus, y fue hospitalizado en el Hospital de Niños de Akron en octubre.

Los proveedores de atención médica junto con los departamentos de salud locales y el Departamento de Salud de Ohio trabajaron en conjunto para confirmar el diagnóstico.

El virus Powassan es transmitido por garrapatas, y no se puede contagiar directamente de persona a persona. En Ohio, el virus puede transmitirse a las personas con mayor frecuencia a través de la garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*).

Los síntomas varían desde muy leves o ausentes hasta trastornos neurológicos potencialmente mortales. Estos síntomas pueden incluir dolor de cabeza, fiebre, vómitos, debilidad, confusión, pérdida de coordinación, dificultades para hablar, convulsiones y muerte.

El inicio de la enfermedad desde el momento de la picadura de la garrapata puede variar de una semana a un mes. Actualmente no existe ningún tratamiento o vacuna aprobados para esta enfermedad.

Según los CDC, se informaron aproximadamente 100 casos de infección por el virus Powassan en Estados Unidos durante los últimos 10 años.

El Programa de Enfermedades Zoonóticas del Departamento de Salud de Ohio planea realizar vigilancia en el condado de Columbiana para detectar garrapatas portadoras del virus durante las próximas semanas.⁵

⁵ La gravedad de la enfermedad o la afectación neurológica del caso en cuestión no están indicadas en este informe. Sin embargo, se debe suponer que si el caso permanece hospitalizado desde octubre, la enfermedad debe ser grave. La transmisión por garrapatas del virus Powassan a los humanos está activa en los estados del Medio Oeste Superior de Estados Unidos. Las personas se infectan durante la transmisión indirecta de los ciclos de transmisión natural. En los seres humanos, el virus Powassan es el agente causante de una enfermedad neuroinvasiva grave, y 50% de los supervivientes presentan secuelas neurológicas a largo plazo. Este virus fue reconocido como patógeno humano en 1958, cuando un niño murió de encefalitis grave en Powassan, Ontario, Canadá.

Actualmente se reconocen dos linajes genéticos distintos del virus: el virus Powassan (linaje I) y el virus de la garrapata patas negras (linaje II), el linaje probablemente involucrado en este caso. Desde el caso índice en 1958, se han notificado más de 100 casos humanos de infección por el virus Powassan, con un aparente aumento en la incidencia de la enfermedad en los últimos 16 años. Este reciente aumento de casos puede representar un verdadero surgimiento en regiones donde prevalecen las especies de garrapatas vector, o podría representar un aumento en la vigilancia y el diagnóstico de la enfermedad. En los últimos ocho años, se ha intensificado la investigación básica y aplicada para la enfermedad por el virus Powassan, incluidos estudios filogenéticos, vigilancia de campo, estudios de casos y desarrollo de modelos animales.

Se recomienda a los residentes y visitantes en Ohio y otras localidades donde está presente el virus Powassan que sigan los consejos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para evitar las picaduras de garrapatas. El hecho de que los casos humanos se produzcan sólo en raras ocasiones no significa que se deban ignorar las precauciones.

México registró un acelerado aumento de resistencia antimicrobiana durante el primer año de la pandemia de COVID-19, según halló un [estudio](#) que comparó datos de centros hospitalarios de diferentes estados del país.

El trabajo analizó cambios en la resistencia antimicrobiana en algunos microorganismos durante 2020, y reportó mayor resistencia que en 2019.



Merece especial atención el aumento de la resistencia de *Staphylococcus aureus* a la oxacilina, y la resistencia de *Klebsiella pneumoniae* a los carbapenémicos observada en muestras de sangre.

La primera es una bacteria que causa diferentes infecciones, desde afecciones de la piel hasta neumonía y endocarditis; la segunda puede provocar meningitis y diferentes infecciones intrahospitalarias.

Para *Staphylococcus aureus* en muestras de sangre, el trabajo detectó un aumento significativo de la resistencia a eritromicina (de 25,7 a 42,8%) y oxacilina (de 15,2 a 36,9%).

Se observó una resistencia creciente de *Escherichia coli*, bacteria vinculada a infecciones intestinales, a casi todos los antimicrobianos evaluados, incluidos ampicilina y ciprofloxacina, entre los más comunes.

Los investigadores obtuvieron estos resultados al analizar datos de 46 centros hospitalarios y observaron que el aumento de la resistencia a los medicamentos podría estar asociado a la interrupción de la administración de antimicrobianos, a los programas de prevención de infecciones, así como la gran cantidad de pacientes y las limitaciones del equipo de protección personal durante el período estudiado.

Se trata de un estudio observacional que puede permitir la generación de hipótesis para que más adelante se apliquen diseños.

Asimismo, el trabajo pone de manifiesto que el distanciamiento físico y la implementación generalizada de la higiene de manos y el uso de barbijos pueden disminuir la resistencia observada.

Este reporte debe entenderse en el contexto de los últimos 10 años, donde los datos mostraban un incremento de resistencia de manera específica y selectiva, e incluso cierta disminución en algunas especies y fenotipos.

Esos análisis mostraban que hasta 2018 el incremento era leve, pero este nuevo estudio deja en evidencia el incremento acelerado que tuvo la resistencia para algunos antimicrobianos.

Se observó una elevación muy marcada en especies sumamente relevantes como agentes causales de infecciones que son clásicas, resistentes a múltiples fármacos. Esas cepas que tie-

nen resistencia a los antibióticos ahora se encuentran con muchas más frecuencias, al menos en los hospitales estudiados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señaló que el aumento de resistencia a los antimicrobianos es un riesgo para el alcance de los Objetivos del Desarrollo Sostenible y está declarada como una de las 10 principales amenazas de salud pública para la humanidad.

El problema no es solo de México, pues la OMS señaló en un comunicado que en toda América más de 90% de los pacientes hospitalizados con COVID-19 recibieron tratamientos con antimicrobianos, a pesar de que solo 7% de estos pacientes presentaba una infección secundaria que justificaba su uso.

El contexto de incertidumbre generado por la COVID-19 propició un abuso en el consumo de antibióticos. Las noticias falsas y las redes sociales jugaron un importante papel principalmente durante el primer período de la pandemia: de pronto surgió la posibilidad de que algunos antibióticos y antiparasitarios podían servir para tratar la COVID-19. Incluso gobiernos de muchos países agregaron un “kit de tratamiento” que incluían estos antibióticos, aunque no había evidencia científica.

Si bien aún es poco el tiempo para afirmar que esto podría estar generando resistencia microbiana, no existen dudas de que la utilización de antibióticos durante este período fue excesiva.

Balamuthia mandrillaris es una ameba del suelo de vida libre que fue informada por primera vez en 1990, causando meningoencefalitis amebiana tanto en babuinos como en humanos. Pertenece a la familia Acanthamoebidae y está estrechamente relacionada con el género *Acanthamoeba*.

El 23 de mayo de 2019, un paciente masculino de 15 años fue hospitalizado con fiebre y alteración del estado mental en la última semana. El hospital local no encontró anomalías en sus análisis de sangre de rutina y se le diagnosticó una “infección de las vías respiratorias superiores”. Durante la semana siguiente, desarrolló paulatinamente somnolencia, escalofríos, alucinaciones, incontinencia urinaria y coma, adicionalmente la tomografía computarizada de la cabeza mostró múltiples lesiones en los lóbulos frontal y occipital del paciente. Fue trasladado de urgencia al Hospital Huashan el 1 de junio de 2019. Una resonancia magnética cerebral mostró múltiples lesiones en el cerebro, con una concentración anormal de las meninges.

Una investigación adicional de la historia reveló que había desarrollado una lesión cutánea alrededor de su área nasal durante diciembre de 2018 y la lesión progresó gradualmente durante las siguientes semanas. Los médicos locales diagnosticaron la lesión de granuloma infeccioso y el paciente fue tratado con izuconzol; y la lesión fue disminuyendo gradualmente. Vivía en áreas rurales en la provincia de Guizhou, China y nadaba constantemente en los estanques locales y a menudo tenía contactos con el ambiente montañoso.

El 4 de junio de 2019, la secuenciación de próxima generación detectó *B. mandrillaris*. Con base en la manifestación clínica del paciente y los resultados de laboratorio, el médico le diagnosticó encefalitis amebiana por *Balamuthia* (BAE), con posible vía de infección a través de las lesiones cutáneas nasales previas. Inmediatamente fue tratado con anfotericina B, flucanazol, sulfametoxazol, azitromicina y flucitosina. Además, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) retrospectiva de *B. mandrillaris* en los tejidos de la piel nasal previamente infectados fue positiva y se encontraron quistes de ameba en el tejido también bajo observación microscópica. Aunque fue tratado en consecuencia, cinco días después, el paciente progresó repentinamente a un coma profundo y murió debido a una falla de múltiples órganos.

B. mandrillaris causa encefalitis amebiana granulomatosa, así como infecciones nasofaríngeas, cutáneas y diseminadas en humanos. Hasta ahora, solo se han notificado unos 200 casos de infecciones por *B. mandrillaris* en todo el mundo y la tasa de letalidad es superior a 95%. Aunque se han informado muy pocos casos en Asia, y mucho menos en China, la comprensión de esta enfermedad sigue siendo de gran importancia porque la tasa de incidencia rela-

tivamente más baja anteriormente podría estar parcialmente relacionada con el enfoque diagnóstico limitado y la comprensión de la enfermedad. Este [informe de caso](#) sugiere además la posible aparición esporádica de infecciones por *B. mandrillaris* en China.

En comparación con las infecciones por las amebas *Acanthamoeba* y *Naegleria*, que han sido bien documentadas con numerosos estudios de casos, *B. mandrillaris* es un género relativamente reciente de amebas del suelo de vida libre. Solo unos pocos informes informan el aislamiento exitoso de *B. mandrillaris* en la naturaleza. Hasta la fecha, solo se ha logrado un conocimiento limitado acerca del hábitat natural del patógeno, la patogénesis y las opciones de tratamiento clínico. Los estudios actuales muestran características similares entre la BAE y la encefalitis amebiana granulomatosa causada por *Acanthamoeba*, incluida una mayor probabilidad de infección en poblaciones inmunodeprimidas, que a menudo ocurre después de lesiones cutáneas faciales, y la capacidad de penetrar la barrera hematoencefálica para invadir los tejidos cerebrales.

La BAE se registra con mayor frecuencia en regiones más cálidas como el sur de California y América del Sur, lo que sugiere que la temperatura puede ser un factor de influencia importante durante el ciclo de vida de *B. mandrillaris*.

El pronóstico de la BAE es en general muy malo: solo se han informado muy pocos casos de tratamiento exitoso a nivel mundial, y todos involucraron la administración a largo plazo (durante varios meses o incluso años) de varias combinaciones de múltiples fármacos, incluidos pentamidina, sulfadiazina, miltefosina, compuestos de fenotiazina, antibióticos macrólidos, albendazol, fluconazol y flucitosina. Todavía no se ha establecido un régimen de tratamiento estándar debido a los casos muy limitados tratados con éxito.

Este estudio de caso y algunos casos reportados anteriormente mostraban que China también podría ser una región donde se registren casos esporádicos de BAE. Cuando se trata la encefalitis inexplicable en China, especialmente después de lesiones cutáneas, *B. mandrillaris* debe considerarse como un diagnóstico diferencial.

La Comisión Europea ha endurecido las reglas sobre las importaciones de melones Galia provenientes de Honduras debido a un reciente brote de salmonelosis.

La aparición de riesgo para la salud humana debido a una posible contaminación por *Salmonella enterica enterica* serovar Braenderup significa que deben aumentarse los controles oficiales de identidad y físicos en 10% de los envíos que ingresan a la Unión Europea (UE) a partir del 6 de enero.

El brote de infecciones por *Salmonella* Braenderup en varios países que afectó a más de 350 personas se rastreó hasta melones Galia provenientes de Honduras. Además, se registraron cuatro casos en Estados Unidos y dos en Canadá. El Reino Unido fue el más afectado, pero también se notificaron casos en Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Irlanda, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, República Checa, Suecia y Suiza.

Una muestra de *Salmonella* Braenderup que coincidía con la cepa del brote se encontró en la superficie de un tanque de lavado en una de las instalaciones en Honduras donde se empacaban los melones Galia. La temporada de cosecha ha comenzado de nuevo este mes.

Sin embargo, las autoridades de Honduras dijeron que no se puede confirmar que la causa sean los melones Galia del país, ya que se informó un caso en Dinamarca en julio de 2021, y no se habían exportado melones desde Honduras en ese momento.

El reglamento actualizado cambia temporalmente la tasa de controles oficiales e impone medidas de emergencia en la entrada a la UE de ciertos bienes de algunos países no pertenecientes a la Unión. Las reglas se modifican cada seis meses para tener en cuenta la nueva información sobre los riesgos para la salud y el incumplimiento de la legislación de la UE.



Mientras el Gobierno centra su atención en contener la COVID-19, el número de muertos por leishmaniosis visceral, una enfermedad desatendida, comúnmente conocida como Kala Azar, llegó a 33 en 2021 hasta noviembre, la cifra más alta de los últimos siete años.

Según el Centro Nacional para el Programa de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (NVBDCP) del Ministerio de Salud de la Unión, Bihar encabeza la lista con 24 muertes, seguido de Jharkhand, que ha informado siete. Las cifras son alarmantes, ya que el año pasado, ambos estados no habían reportado ninguna muerte por leishmaniosis visceral. Solo Uttar Pradesh y West Bengal habían informado tres casos cada uno el año pasado. Este año, hasta el momento no se han registrado muertes en estos dos estados. En los primeros once meses de este año 2021, se han notificado 1.163 casos, frente a los 1.900 registrados en 2020.

Las muertes sugieren que la infección no se está tratando a tiempo. Los expertos en salud dicen que si no se trata, la leishmaniosis visceral, que de otro modo es una enfermedad curable, puede ser fatal en más de 95% de los casos. Es causada por un parásito protozoario del género *Leishmania*. Sus manifestaciones clínicas incluyen episodios irregulares de fiebre, pérdida de peso y anemia.

Los casos de leishmaniosis dérmica post-Kala-Azar (PKDL) también han aumentado de 617 en 2020 a 653 hasta noviembre de 2021. La leishmaniosis visceral es la segunda causa de muerte parasitaria en el mundo después de la malaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se infectan entre 50.000 y 90.000 personas en todo el mundo. India representa aproximadamente dos tercios del total de casos mundiales, y esta enfermedad es endémica en Bihar, Jharkhand, Kerala, Sikkim, Uttar Pradesh y West Bengal. Aunque su incidencia en India ha disminuido durante décadas, el país ha incumplido varios plazos (2010, 2015 y 2017) para su eliminación.

Según la OMS, la pobreza es un factor de mayor riesgo al igual que las malas condiciones de vivienda y sanitarias domésticas (como la falta de gestión de residuos o alcantarillado abierto). Otros factores incluyen la desnutrición, la movilidad de la población y las alteraciones ambientales y climáticas.

El único fármaco disponible contra la leishmaniosis, la miltefosina, está perdiendo rápidamente su eficacia debido a la aparición de resistencia a este fármaco debido a una disminución en su acumulación dentro del parásito, que es necesaria para que el fármaco lo mate, dicen los expertos.

El Programa Nacional de Eliminación del Kala-Azar (NKEP) ha hecho obligatorio que todos los estados notifiquen los casos. Para compensar las pérdidas de salario en los casos de leishmaniosis visceral y PKDL, el Gobierno proporciona subsidios como compensación.

Los casos de COVID-19 de la ola de contagios impulsada por Omicron en Sudáfrica, el primer país en dar la alerta sobre esta nueva variante, continúan en rápido descenso, así como la tasa de positividad de los testeos realizados, informaron fuentes sanitarias.

Según los últimos datos facilitados por el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (NICD), el total de nuevos contagios en esta semana cayó por debajo de los 10.000 diarios y la positividad de las pruebas diagnósticas lo hizo por debajo de 25%.

En concreto, el 28 de diciembre Sudáfrica registró un total de 7.216 nuevas infecciones y la tasa de test positivos –un indicador que los expertos consideran más indicativo que los casos contabilizados– fue de 23,6%.

Estas cifras se sitúan ya lejos de los récords de contagios que se llegaron a registrar a mediados de diciembre –casi 27.000 por día para una población de unos 58 millones de habitantes–, con jornadas en las que alrededor de 1 de cada 3 tests realizados confirmaba la infección por el SARS-CoV-2.

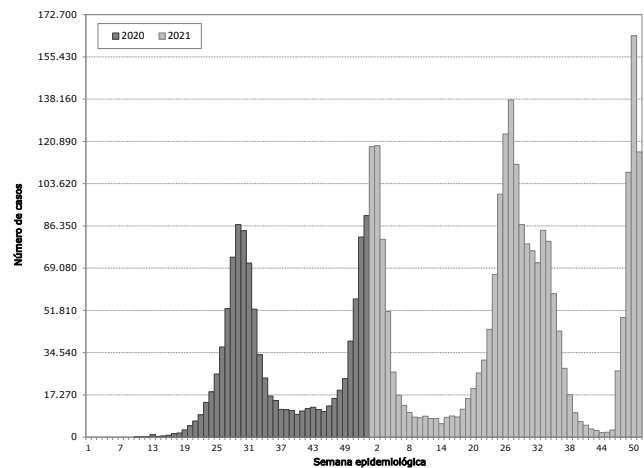
“La media semanal de positividad es de 26,8% el 28 de diciembre, más bajo que la del día anterior (27,4%)”, destacó el NICD, confirmando la tendencia al descenso de los indicadores de la pandemia.

Un 17% más contagios que con Delta

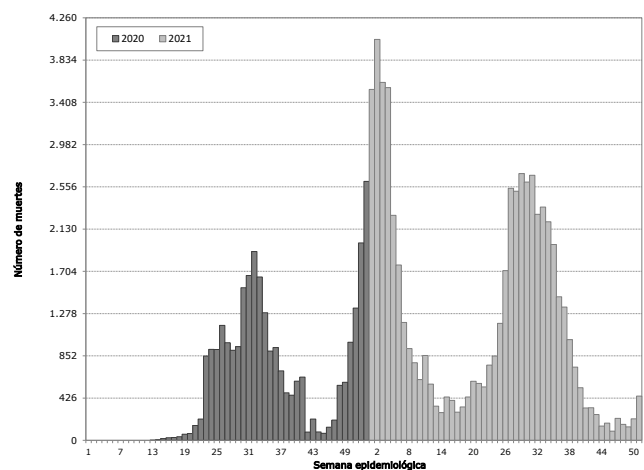
Las cifras apuntan a que Sudáfrica podría haber dejado ya atrás el pico de una cuarta ola que creció de forma vertiginosa en un comienzo, pero que está descendiendo a una velocidad similar.

El investigador Ridhwaan Suliman, matemático del Consejo de Investigaciones Científicas e Industriales de Sudáfrica, señaló a última hora del 28 de diciembre que el pico de la ola nacional impulsada por la variante Omicron tuvo 17% más contagios que el de la ola de la variante Delta que el país vivió a mediados de este año.

Las hospitalizaciones, sin embargo, permanecen actualmente en 60% del total causado por Delta, y las muertes se mantienen en apenas 16%, según los cálculos de Suliman.



Casos confirmados de COVID-19. Sudáfrica. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 51 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de diciembre de 2021, 16:14 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Sudáfrica. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 51 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de diciembre de 2021, 16:14 horas.

Especialistas del NICD ya se habían mostrado optimistas sobre el descenso de la ola la semana pasada, si bien advirtieron que las festividades navideñas podrían suponer que menos personas acudan a hacerse pruebas diagnósticas.

Sudáfrica, con 3,4 millones de casos acumulados hasta la fecha y cerca de 91.000 muertes, se mantiene como el gran epicentro de la pandemia en África.

El avance de la vacunación es lento y solo 27% de la población total cuenta con el esquema completo.



Se han notificado sistemáticamente casos de hepatitis E en Sudán del Sur desde 2014, con brotes recurrentes en Bentiu, condado de Rubkona, estado de Unity (parte centro-norte del país), donde se encuentra un campamento para desplazados internos.

En 2021, el número de casos de hepatitis E ha aumentado significativamente en el país, pasando de 564 notificados durante el trienio 2018-2020 a 1.143 casos sospechosos con cinco muertes en 2021 (al 29 de noviembre). En los últimos dos años (2020-2021), se notificó un total de 1.420 casos sospechosos, de los cuales 47 han sido confirmados por laboratorio mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en el Instituto de Investigación de Virus de Uganda (UVRI).

El brote actual de 2021 se está produciendo en el estado de Unity, y los casos se notifican principalmente en el campo de desplazados internos de Bentiu. Esto llevó al Ministerio de Salud a declarar un brote en el campamento de Bentiu en agosto de 2021. Una proporción de casos (323; 28,3%) se ha informado fuera del campamento, en las localidades de Bentiu y Rubkona, lo que sugiere la transmisión en la comunidad circundante. Los hombres de 15 a 44 años de edad son el grupo más afectado, seguido de los niños de 1 a 4 años y las mujeres de 15 a 44 años. Actualmente no hay casos hospitalizados, con manejo clínico implementado en los departamentos de servicios ambulatorios.

El campo de desplazados internos de Bentiu alberga a más de 107.000 personas y está dividido en cinco sectores. Los casos de hepatitis E se notifican en todos los sectores, lo que evidencia una transmisión generalizada.

El estado de Unity también se ve afectado por una inundación que ha provocado un desplazamiento masivo y el establecimiento de nuevos sitios para desplazados internos, sumando 30.000 más alojados en el campamento de Bentiu.

Respuesta de salud pública

• Liderazgo y coordinación

- El Ministerio de Salud activó un grupo de tareas estatal para contener la hepatitis E que incluye la administración del campamento y un grupo de socios para agua, saneamiento e higiene (WASH) que se reúne regularmente para revisar la situación sanitaria y la respuesta humanitaria.
- La respuesta humanitaria general a las inundaciones está en marcha para abordar las necesidades urgentes de las poblaciones desplazadas y garantizar condiciones de vida dignas.

• Vigilancia

- El Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios, continúa la vigilancia de la hepatitis E a través del Sistema Integrado de Vigilancia y Respuesta de Enfermedades/Alerta Temprana, Alerta y Respuesta.

- Se ha formado un equipo de evaluación conjunto para realizar la búsqueda activa de casos, la recolección de muestras, la distribución de artículos no alimentarios relacionados con WASH y la comunicación de riesgos.
- Se están realizando pruebas de diagnóstico rápido en las clínicas comunitarias y de atención primaria, y los casos identificados se remiten al hospital de Médicos Sin Fronteras (MSF).
- **Apoyo al manejo de casos**
 - El hospital de MSF ofrece apoyo al manejo de pacientes ambulatorios en casos leves a moderados, así como la admisión para casos graves de hepatitis E para un apoyo especializado en el manejo de casos. Actualmente no hay casos hospitalizados.
- **Agua, saneamiento e higiene (WASH)**
 - Se ha activado un pozo de emergencia, se han incrementado las horas de bombeo de agua, se están reparando las letrinas diariamente y se están manteniendo las instalaciones de saneamiento.
 - En noviembre comenzó la construcción de 54 nuevas letrinas apoyadas con estaciones de lavado de manos y pruebas semanales de calidad del agua.
 - Se distribuyeron 200 kits WASH a una población objetivo de casos de hepatitis E en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
 - Se ha recuperado el proyecto para la instalación de la planta de tratamiento de desechos líquidos y el vertedero fuera del sitio, para garantizar que los servicios WASH puedan continuar.
- **Participación de la comunidad**
 - Los equipos de extensión del grupo de Coordinación y Gestión de Campamentos (CCCM) continúan sensibilizando a la comunidad en los cinco sectores del campamento de Bentiu, sobre los riesgos que plantean la hepatitis E y otras enfermedades transmitidas por el agua.
 - Los mensajes de comunicación de riesgos se transmiten a través de un programa de entrevistas de la radio local para sensibilizar a los oyentes sobre las buenas prácticas de higiene y la prevención de la hepatitis E.
 - Los centros de comunicación en cada uno de los cinco sectores del campamento brindan información y reciben comentarios de la comunidad relacionados con la hepatitis E.
 - Los socios están llevando a cabo actividades de promoción de la higiene mediante la difusión de mensajes a través de visitas domiciliarias para la prevención y el control de infecciones con un enfoque en la hepatitis E, la diarrea acuosa aguda y la concientización sobre la COVID-19.

Vacunación contra la hepatitis E

- Se ha desarrollado un microplan para una campaña de vacunación contra la hepatitis E, que comprenderá tres rondas de vacunación y se dirigirá a los residentes del campamento de entre 16 y 40 años, incluidas las mujeres embarazadas.
- Un total de 57.000 dosis de la vacuna contra la hepatitis E ya están en Sudán del Sur y se utilizarán en las dos primeras rondas de la campaña.
- Los socios junto con los actores comunitarios han involucrado a la población para que apoye la campaña, así como otras intervenciones de control de la hepatitis E.
- La vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación se controlará en cada uno de los sitios fijos y se llevará a cabo una encuesta posterior a la cobertura.

Evaluación de riesgos de la OMS

La hepatitis E es una enfermedad hepática causada por el virus de la hepatitis E, transmitida por vía fecal-oral, principalmente a través del agua contaminada. Puede tener graves repercusiones en la salud pública, especialmente en poblaciones especiales: las que se encuentran en los campamentos de desplazados internos y las mujeres embarazadas. Los factores de riesgo de la hepatitis E están relacionados con las malas condiciones de saneamiento, lo que permite que los virus excretados en las heces de las personas infectadas ingresen al agua destinada al consumo humano.

Por lo general, la infección se resuelve espontáneamente en 2 a 6 semanas, con una tasa de letalidad de 0,5 a 4%. En casos raros, la hepatitis E aguda puede ser grave y progresar a hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda). En general, la tasa de letalidad en mujeres embarazadas es más alta que la general en las infecciones por hepatitis E, llegando a 25%. Las personas desplazadas y los refugiados experimentan las tasas de ataque más altas cuando ocurren brotes, dada la naturaleza de hacinamiento de sus condiciones de vida y la deficiente situación de higiene.

Se han informado constantemente casos de hepatitis E en el campo de desplazados internos de Bentiu desde 2014, pero han aumentado y superado los niveles de umbral epidémico en 2021.

El riesgo general a nivel mundial sigue siendo bajo, mientras que a nivel nacional se evalúa como alto debido a:

- Prácticas deficientes de saneamiento e higiene, especialmente en el campamento de desplazados internos de Bentiu, y disponibilidad limitada de agua potable.
- Acceso limitado a los servicios médicos esenciales en el campo de Bentiu y sus alrededores.
- Los movimientos de población en general en la zona afectada, y la presencia de una gran población desplazada internamente, con un empeoramiento de la situación debido a las continuas inundaciones, y la afluencia de nuevos desplazados internos, podrían aumentar el riesgo de propagación de la hepatitis E.
- Las inundaciones en curso han afectado la implementación de las actividades de respuesta, interrumpiendo la vacunación contra la hepatitis E y, en consecuencia, aumentando el riesgo de muerte en personas de alto riesgo, incluidas las mujeres embarazadas. También han agravado las malas condiciones de higiene ya existentes en el campamento de Bentiu.

Como el área afectada está cerca de la frontera con Sudán y Etiopía, a nivel regional el riesgo general se considera moderado debido a la presencia de poblaciones desplazadas internamente y refugiados que cruzan estas fronteras. Si bien ha habido menos refugiados documentados que vienen de Etiopía a Sudán del Sur, se produce una cantidad significativa de tráfico de personas que se dirigen a Sudán, en particular desde el condado de Rubkona, donde se encuentra el campamento de Bentiu, hacia Jartum, la capital de Sudán.

Además, hay un brote actual de hepatitis E en la frontera con el estado de Janub Darfur en Sudán, que presenta un riesgo potencial de propagación transfronteriza.

Consejos de la OMS

No existe un tratamiento específico para la hepatitis E. La prevención es el enfoque más eficaz contra esta enfermedad.

Para prevenir la propagación de la hepatitis E aguda, la OMS recomienda el acceso adecuado al agua potable y al saneamiento. La calidad del agua potable debe controlarse periódicamente en los sectores afectados por esta epidemia. Debe aumentarse la cobertura de las letrinas y las fuentes de agua potable para evitar la defecación al aire libre y garantizar la higiene de las manos. Las actividades de promoción y prevención de la salud, así como garantizar servicios de atención de salud tempranos, apropiados y equitativos para combatir las epidemias de hepatitis E, pueden ayudar a mejorar los resultados de salud pública, especialmente en entornos con recursos limitados. A nivel individual, el riesgo de infección puede reducirse manteniendo prácticas higiénicas, como lavarse las manos con agua limpia y jabón, especialmente antes de manipular alimentos, evitar el consumo de agua y/o hielo de pureza desconocida, y siguiendo las prácticas de higiene de la OMS para la seguridad alimentaria.

Dado que el período de incubación de la hepatitis E varía de 2 a 10 semanas, pueden continuar ocurriendo casos hasta la décima semana (período máximo de incubación), incluso después de que se hayan adoptado medidas para garantizar el agua potable, el saneamiento y la promoción de la higiene.

Las intervenciones deben continuar dirigiéndose a las poblaciones vulnerables mediante el establecimiento o el fortalecimiento del diagnóstico prenatal para las mujeres embarazadas con síntomas, el fortalecimiento de las capacidades nacionales para el diagnóstico y la gestión de casos clínicos y la colaboración transfronteriza con los países vecinos.

Hasta la fecha, se ha desarrollado una vacuna contra la hepatitis E para su comercialización y se ha autorizado en China y Pakistán. Si bien la OMS no recomienda la introducción de la vacuna como parte de los programas nacionales de inmunización de rutina, sí recomienda que las autoridades nacionales puedan decidir usar la vacuna en situaciones de brotes, incluso en poblaciones de alto riesgo, como las mujeres embarazadas. Por lo tanto, se debe considerar el uso de vacunas para mitigar o prevenir un brote de hepatitis E, así como para reducir los efectos de un brote en personas de alto riesgo.

La OMS desaconseja la aplicación de restricciones comerciales o de viaje a Sudán del Sur o a cualquiera de los países afectados sobre la base de la información actualmente disponible.

Arte y pandemia



Un hombre mira un mural que representa a un trabajador de la salud y un oficial de policía, cerca de una parada de autobús en Tegucigalpa, Honduras, después de que el sistema de transporte, prohibido durante seis meses debido a la pandemia de COVID-19, reanudó el servicio el 14 de septiembre 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.