

ARGENTINA

- Buenos Aires: Identifican dos nuevos virus para Argentina en la cuenca Matanza-Riachuelo
- Chubut: Detectan un murciélago con rabia en Rada Tilly
- Vigilancia de neumonía

AMÉRICA

- Brasil: Pará registró ocho casos de fiebre Mayaro en 2021

- México: La COVID-19 fue la primera causa de muerte en el primer semestre de 2021

- México: En 2021 los casos de varicela disminuyeron 59% respecto del año anterior

EL MUNDO

- África: La menor cifra de casos en la historia de la campaña de erradicación de la dracunculosis

- Benín: Brote de cólera en nueve departamentos

- Botswana: Brote de malaria en el suroeste del país

- Japón: Amplían las restricciones ante el récord de casos de COVID-19

- Noruega: Brotes de infección por *Pseudomonas aeruginosa* en más de diez hospitales

- Pakistán: Lanza campaña de vacunación contra la polio a pesar del aumento de los casos de COVID-19

- Siria: Alerta por un brote de sarampión en el noroeste del país

- Sudáfrica: Lanza una alerta por malaria

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.

A partir del análisis de 274 muestras de agua recolectadas entre 2005 y 2015 en la Cuenca Matanza-Riachuelo, un equipo de científicos pudo determinar por primera vez en Argentina la presencia elevada de dos virus que son agentes potenciales de infecciones respiratorias y gastrointestinales leves y que circulan de forma “silenciosa” en la población aledaña. El hallazgo también representa una señal de alerta para limitar la contaminación fecal de las aguas.

Se trata de dos picornavirus, el Cosavirus y el Cardiovirus Saffold, integrantes de la extensa familia *Picornaviridae*, de virus con genoma de ARN que también incluye al virus de la poliomielitis, los enterovirus causantes de brotes de meningitis y el virus de la hepatitis A, entre otros.

“En este [trabajo](#) se demostró que estos virus se detectaron en un amplio marco temporal, por lo que se puede inferir que circulan en forma endémica en la población del área del río Riachuelo”, indicó el doctor en Bioquímica y Virología Daniel Cisterna, líder de la investigación e integrante del Servicio de Neurovirología, del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’ (INEI-ANLIS), donde funciona el Laboratorio Regional de Referencia de Poliovirus para el Cono Sur y Bolivia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los únicos reservorios de los Cosavirus y el Cardiovirus Saffold son los seres humanos. Se transmiten en forma fecal-oral, y llegan al curso del río a través de la descarga de efluentes cloacales sin tratamiento o de descargas ilegales. “En términos de salud pública, la presencia de estos virus confirma los altos niveles de contaminación fecal humana del río Riachuelo y la probable presencia de otros virus entéricos como rotavirus, norovirus, hepatitis A y E, de reconocida virulencia”, puntualizó Cisterna.

“La mayoría de las infecciones por Cosavirus y Cardiovirus Saffold son asintomáticas o asociadas a diversas enfermedades respiratorias y gastrointestinales leves y en consecuencia su presencia no es percibida”, puntualizó Cisterna.



Imagen del año 2007 desde el puente Uriburu en la Cuenca Matanza-Riachuelo.

Y continuó: “Aunque este tipo de virus tiene una supervivencia limitada en el ambiente, su detección continua en el agua señala su circulación silenciosa en la población lo que puede dar origen a mutaciones que podrían producir otras enfermedades más severas, especialmente en los niños. Este mecanismo es extensivo a todos los virus que los humanos eliminan a través de la vía gastrointestinal”.

Para el virólogo, la contaminación humana de los cursos de agua puede atenuarse a través del tratamiento de los efluentes cloacales que se descargan en los mismos.

“Adicionalmente debería disminuirse la intervención antrópica de las orillas del río, característica de los ecosistemas acuáticos urbanos, que implica una disminución de su flujo, erosión de sus márgenes y pérdida de vegetación ribereña, que evita el proceso de autodepuración del río”, subrayó.

“También sería interesante conocer si circulan en Argentina otros picornavirus y desarrollar herramientas para su detección e identificación de variantes”, puntualizó.



Hace unas dos semanas una vecina de Rada Tilly advirtió que en la vereda frente a su vivienda había un murciélago, por lo que se comunicó con las autoridades del Municipio para que intervinieran. El animal ya estaba sin vida y, tal como lo establece el protocolo, fue enviado al Instituto de Zoonosis 'Dr. Louis Pasteur' para ser analizado. Así, el 21 de enero confirmaron que el animal tenía rabia.



“Desde que estoy en Rada Tilly, hace unos cuatro años, no habíamos detectado la presencia de murciélagos, no es común” señaló el médico veterinario Sebastián Merlo, titular del área de Bromatología de Rada Tilly, y agregó que “lo importante es estar informado y atento, y también vacunar a los perros y gatos a los 3 meses de edad y revacunarlos una vez al año; incluso es obligatorio por ley y más aún ante la presencia de murciélagos”.

El profesional comentó que se relevó la zona y se puso en cuarentena antirrábica a los animales domésticos del sector, informando al Ministerio de Salud de la Provincia, pero no se registraron otros animales con signos de contagios. Y además, en los casos que lo requirieran se procedió a la vacunación. Asimismo, Merlo remarcó que la vacuna antirrábica es colocada de forma gratuita en el área de Bromatología del Municipio.

En tanto, afirmó que en caso de encontrar murciélagos deben ponerse rápidamente en contacto también con las autoridades competentes, siendo sumamente importante no tomar contacto con el animal y mantener alejadas a las mascotas.

24/01/2022

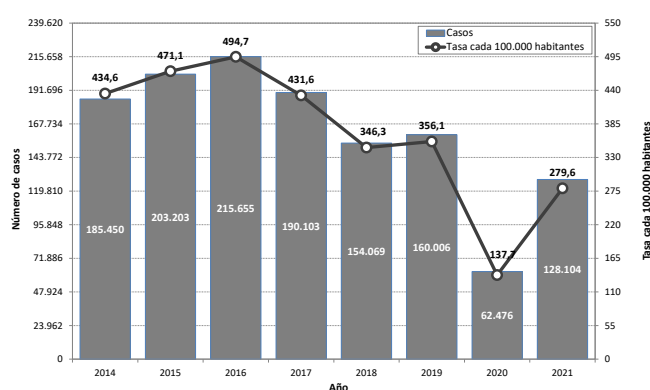
Provincia/Región	2014/2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	75.767	412,53	1.969	64,02	3.262	105,95
Buenos Aires	259.931	255,93	13.888	79,17	41.764	235,83
Córdoba	126.603	581,96	3.755	99,86	6.356	167,34
Entre Ríos	40.584	504,44	3.502	252,68	3.467	247,91
Santa Fe	76.151	369,00	2.642	74,71	6.505	182,55
Centro	579.036	339,88	25.756	87,91	61.354	207,64
Mendoza	90.315	785,08	6.085	305,73	12.118	602,78
San Juan	25.821	572,50	1.288	164,87	1.977	250,42
San Luis	25.489	874,14	1.481	291,35	6.614	1.285,25
Cuyo	141.625	748,15	8.854	269,95	20.709	624,81
Chaco	59.250	849,98	2.952	245,07	6.496	534,10
Corrientes	24.563	377,09	1.135	101,27	1.691	149,60
Formosa	18.836	534,66	1.085	179,28	984	161,31
Misiones	26.465	364,16	1.835	145,49	3.286	257,73
Noreste Argentino	129.114	531,88	7.007	167,16	12.457	294,38
Catamarca	14.438	597,83	932	224,34	1.827	436,05
Jujuy	16.948	381,29	1.630	211,45	2.307	296,07
La Rioja	21.221	941,96	2.039	518,13	3.687	924,88
Salta	49.157	602,02	4.045	283,98	5.029	348,75
Santiago del Estero	15.697	277,38	1.020	104,26	1.729	174,96
Tucumán	32.544	334,07	2.362	139,38	3.015	175,85
Noroeste Argentino	150.005	459,03	12.028	211,86	17.594	306,43
Chubut	16.999	486,27	853	137,80	1.418	225,37
La Pampa	10.398	498,41	663	184,97	1.685	466,25
Neuquén	28.133	740,48	2.825	425,42	4.051	602,41
Río Negro	28.902	675,02	2.678	358,21	4.332	572,22
Santa Cruz	17.551	875,71	1.566	428,22	4.321	1.153,02
Tierra del Fuego	6.543	687,42	246	141,84	183	102,98
Sur	108.526	653,02	8.831	301,58	15.990	537,92
Total Argentina	1.108.306	421,62	62.476	137,68	128.104	279,65

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2021. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2021 se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 128.104 casos. La tasa de incidencia de este período es 103,11% mayor a la correspondiente al año 2020. Solo tres provincias presentan una menor incidencia que la del año 2020: Entre Ríos, Formosa y Tierra del Fuego.

Asimismo, la incidencia del año 2021 equivale a 66,33% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Las provincias de San Luis y Santa Cruz son las únicas jurisdicciones del país que presentan una mayor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019.

En base a los datos de los últimos ocho años, se observa un pico en el año 2016, a partir del cual se produce en general una tendencia en descenso, aunque con un leve repunte en 2019. Los casos notificados en el año 2020 son claramente inferiores respecto de los registros de los años previos; sin embargo, los del año 2021 más que duplican el número de casos del año anterior, acercándose a los niveles de los años 2018/2019.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2021. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



BRASIL

PARÁ REGISTRÓ OCHO CASOS
DE FIEBRE MAYARO EN 2021

25/01/2022

La preocupación por la proliferación del mosquito *Aedes aegypti*, transmisor del dengue, la fiebre zika y la fiebre chikungunya, es mayor durante la temporada de lluvias. Aunque poco conocido, el virus Mayaro también es transmitido por mosquitos, a través de las picaduras de *Haemagogus janthinomys*, que también transmite la fiebre amarilla. En Pará, ocho casos fueron confirmados en 2021, según informó la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPA).

En Pará, el período de mayor transmisión de estas enfermedades ocurre durante el invierno amazónico, cuando caen las lluvias más intensas, especialmente en los estados del norte, de noviembre a mayo del año siguiente. En 2020, la SESPA confirmó 1.958 casos de dengue en el estado, con una muerte. Al año siguiente hubo 2.292 casos, con dos muertes. Belém e Itaituba registraron el mayor número de casos en los últimos dos años.

En 2020 hubo 163 casos de fiebre chikungunya, y al año siguiente se confirmaron 107 más, sin defunciones en ambos períodos. Belém y Parauapebas tuvieron el mayor número de casos. En cuanto a la fiebre zika, hubo 176 casos en 2020 y, al año siguiente, 28 casos, sin muertes en ambos años. Santarém y Belém lideran el ranking de casos. De los ocho casos de fiebre Mayaro confirmados el año pasado, dos de ellos se registraron en Benevides y seis en Igarapé Miri.

Origen de la enfermedad

El virus Mayaro se identificó por primera vez en trabajadores rurales en Trinidad y Tobago, en las islas de la región del Caribe. En Brasil, poco después de su descubrimiento, el microorganismo fue registrado en la región amazónica, a orillas del río Guamá, en Belém.

Se trata de una enfermedad aguda, en la que la mayoría de los casos presenta fiebre, dolores en el cuerpo y manchas en la piel, lo que se denomina 'la tríada sintomática'. Este dolor en el cuerpo distingue a la fiebre Mayaro y la fiebre chikungunya de muchas otras enfermedades. De hecho, es importante señalar que los virus que causan las fiebres Mayaro y chikungunya son parientes muy cercanos. El dolor articular es el síntoma más notable, ya que es más intenso que el que causa el dengue.

El dolor articular puede impedir que se lleven a cabo algunas actividades cotidianas, como peinarse, barrer la casa, ponerse en cuclillas, levantarse y, específicamente para las mujeres, usar sostén. En algunos casos, estos dolores van acompañados de hinchazón en las articulaciones. La enfermedad es aguda, sin embargo, al igual que la fiebre chikungunya, los síntomas de dolor e hinchazón en las articulaciones pueden durar meses o años, es decir, más que el período crítico, que suele durar entre diez y 14 días.

El principal transmisor en la naturaleza es el mosquito *Haemagogus*, pero hay estudios que demuestran la capacidad de *Aedes aegypti* para transmitir también el virus Mayaro en áreas urbanas. Es muy posible que este virus, que se encuentra predominantemente en áreas silvestres, se esté adaptando al medio urbano y, en el futuro, se convierta, como sucedió con los virus Chikungunya y Dengue, en un arbovirus que predomine en áreas urbanas.

Brote en Gran Belém

La Región Metropolitana de Belém sufrió un brote de fiebre Mayaro en 2008 en el asentamiento de trabajadores rurales Expedito Ribeiro, ubicado en el municipio de Santa Bárbara, cercano al Parque Ecológico Gunma, que es un Área de Protección Ambiental. El brote afectó a algunos estudiantes de ingeniería forestal que realizaban actividades en el parque ambiental, aledaño al asentamiento.

Esta región es un ambiente predominantemente salvaje, donde hay varios balnearios o bosques, por lo que la enfermedad se da muy cerca de quienes viven allí. Aunque los mosquitos aparecen con mayor frecuencia en época de lluvias, no se debe reducir la atención en los días soleados, pues no es imposible que se produzcan contagios en otras épocas. En la naturaleza y en el medio urbano, es común que el mosquito busque alimento al comienzo del día y durante la tarde. Pero en una zona desprotegida pueden picar en cualquier momento.

Prevención

Por el momento, no existe inmunización contra la infección causada por este arbovirus transmitido por mosquitos. La prevención se limita a precauciones básicas: medidas de protección individual, como el uso de repelentes, camisas de manga larga y pantalón largo, sobre todo si se realizan actividades en zonas selváticas; y medidas colectivas, como la lucha contra los criaderos en el ambiente, es decir, la conciencia ambiental.¹

¹ La fiebre de Mayaro es una enfermedad viral aguda autolimitada causada por el virus Mayaro, un arbovirus perteneciente al género *Alphavirus*, familia *Togaviridae*. Forma parte del complejo Semliki, que consta de ocho virus: Bebaru, Chikungunya, Getah, Semliki Forest, Ross River, O'nyong-nyong, Una Virus y Mayaro, que comparten los mismo sitios antigénicos, generando reacción cruzada dentro de los sueros inmunes policlonales entre especies.

Este virus ha sido detectado en zonas tropicales de Suriname, Guayana Francesa, Colombia, Panamá, Brasil, Perú y Bolivia. Casos en humanos ocurren en personas que viven o trabajan en bosques tropicales alrededor de la Cuenca Amazónica. Aunque el virus ha sido recuperado de una variedad de mosquitos, es *Haemagogus* spp. el principal vector, y probablemente los primates no humanos sirvan como el principal reservorio.

La fiebre Mayaro cursa con un periodo de incubación de entre tres y 12 días, y se caracteriza por presentación súbita de fiebre, escalofríos, cefalea, dolor retroocular, mialgias generalizadas, artralgia y rash maculopapular de 3 a 5 días de duración. Aunque la enfermedad suele autolimitarse, la enfermedad articular puede ser incapacitante y persistir por meses.

Este virus tienen un gran potencial para emerger como un patógeno global, ya que los mosquitos urbanos como *Aedes aegypti* pueden ser vectores competentes para la transmisión del virus Mayaro, del mismo modo que la ruta seguida por el virus Chikungunya en el Hemisferio Occidental.

Como es el caso de otras arbovirosis, no existe un tratamiento específico para virus Mayaro, y sólo se brindan al paciente cuidados de soporte para aliviar el dolor y la fiebre usando drogas antiinflamatorias no esteroideas. Los corticoides (prednisolona) han sido administrados en pocos casos, pero no hay evidencia de su eficacia. Las drogas antimaláricas (cloroquina) son una alternativa para las artralgias asociadas a la infección por virus Chikungunya y Mayaro.

Entre enero y junio de 2021, en México se contabilizaron de forma preliminar un total de 579.596 defunciones, 110.312 más que las registradas en el mismo periodo del año inmediato anterior.

Esta [información](#) proviene de los registros administrativos generados a partir de los certificados de defunción suministrados por las oficialías del Registro Civil y los Servicios Médicos Forenses, complementados con actas de defunción emitidas por el Registro Civil y con los cuadernos estadísticos proporcionados por las Agencias del Ministerio Público.

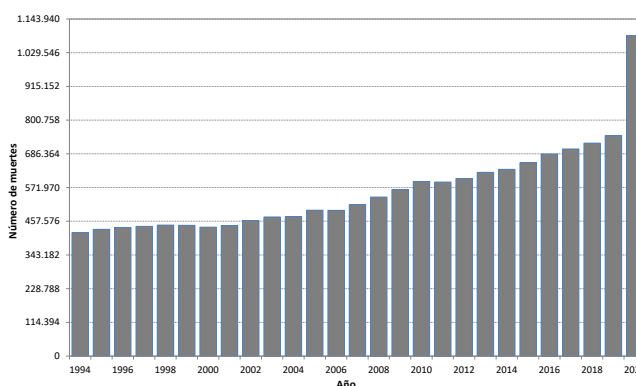
Durante el periodo enero-junio de 2021, 58,1% (337.100) de las defunciones correspondieron a hombres, mientras que 41,8% (242.156) a mujeres. En 340 casos no se especificó el sexo.

Exceso de mortalidad

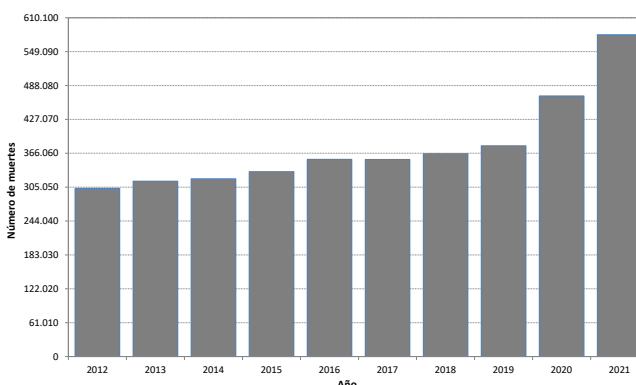
Si bien se reportan las defunciones registradas de enero a junio de 2021 (579.596) para estimar el exceso de mortalidad derivado de la pandemia, es necesario considerar las defunciones ocurridas de enero de 2020 a junio de 2021, las cuales suman 1.649.031, lo anterior con la finalidad de observar el comportamiento completo de esta, como lo recomienda la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

A partir de la metodología de la OPS, basada en corredores endémicos y semanas epidemiológicas, se obtienen los resultados a nivel nacional.

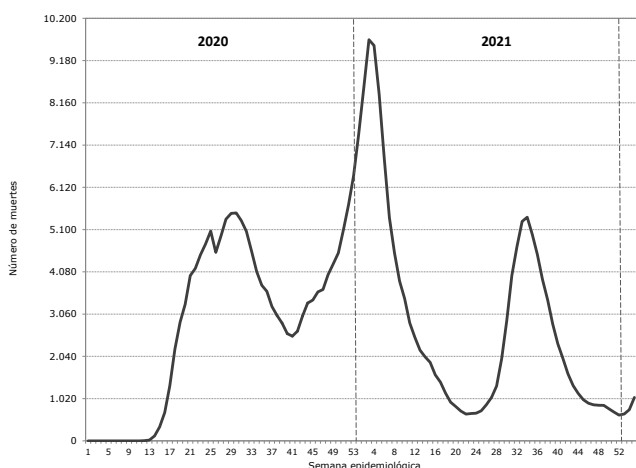
De acuerdo con la información registrada durante el periodo 2015-2019, se esperaban de enero de 2020 a junio de 2021 un total de 1.116.482 defunciones y ocurrieron 1.649.031. Con base en estos resultados se tiene un exceso de mortalidad por todas las causas de 532.549, equivalente a 47,7%.



Defunciones generales. México. Años 1994/2020. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.



Defunciones generales. México. Primer semestre de los años 2012/2021. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.



Muertes notificadas por COVID-19. México. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 3 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 24 de enero de 2022, 17:06 horas.

Causas de muerte

En el periodo de referencia, las tres principales causas de muerte a nivel nacional fueron: COVID-19 (145.159; 25,0%), enfermedades del corazón (113.899; 19,7%), y diabetes mellitus (74.418; 12,8%).

Para generar la información definitiva, se realizarán como cada año, confrontas con la Secretaría de Salud para cuatro grupos: defunciones maternas, muertes de menores de cinco años, agresiones (presuntos homicidios) y las provocadas por causas sujetas a vigilancia epidemiológica, entre las que se encuentran las defunciones por COVID-19. La información preliminar que integra la estadística para el periodo referido, fue suministrada por 5.086 fuentes informantes.

Las cifras definitivas que resultarán del proceso de confronta entre la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía serán publicadas en octubre de 2022.²

² Enero fue el mes que presentó más muertes, al acumular 28,1% del total de los decesos ocurridos durante los primeros seis meses del año pasado, seguido por febrero (19,9%) y marzo (16,1%). Además, en ese periodo, se registraron 110.312 muertes más que en el mismo lapso de 2020.

El subregistro de casos y muertos por COVID-19 ha sido admitido por el propio gobierno de México desde el principio de la pandemia, si bien se desconoce la magnitud del mismo.

La cifra de 145.159 muertes por COVID-19 es superior a los 90.695 fallecidos que informó la Secretaría de Salud a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ese mismo periodo.

Con base en estas cifras, el número de muertes sería superior en más del 60% respecto de lo informado oficialmente a la OMS, aunque es habitual que más muertes o casos se sumen posteriormente a la información inicial.

En Yucatán, durante 2021, se registró la incidencia más baja de varicela en una década, debido a las medidas de higiene establecidas para cortar la cadena de transmisión de la COVID-19, reveló la Secretaría de Salud federal.

Asimismo, en México es una de las pocas patologías que por segundo año muestra un decremento, y en el caso de Yucatán, la más baja de 2012 a la fecha.



La notable disminución de la patología es consecuencia de las medidas de higiene establecidas ante la presencia de la COVID-19, por lo que se rompió gran parte de la cadena de transmisión.

El decremento se observa en los 32 estados de la República Mexicana. El país registró 15.787 casos confirmados, con una disminución de 59% con respecto al año anterior, cuando la suma fue de 38.490 infectados.

El mayor número de casos se registró en el Estado de México (1.620 casos, 10,26% del total), seguido de Jalisco (1.261 casos, 7,99%) y la Ciudad de México (1.201 casos, 7,61%).

En el otro extremo de la tabla nacional, está Colima (106 casos, 0,67%), Tlaxcala (149 casos, 0,94%) y Baja California (162 casos, 1,03%).

En el caso de Yucatán, fueron 329 los casos de esta enfermedad febril exantemática, cifra que fue 57% inferior a la del año pasado, cuando el acumulado fue de 767.

Mientras que en Campeche, la disminución es de 68,4%, y en el caso de Quintana Roo, de 57%.

Asimismo, Quintana Roo (422 casos, 2,67% del total registrado en México) se ubica en el lugar 18 de la tabla nacional de incidencia, Yucatán (329 casos, 2,08%) está en el sitio 21, y Campeche (164 casos, 1,04%), en el peldaño 29.

De 2012 a la fecha, la cifra más alta en Yucatán sucedió en 2015, con 4.868 contagiados, seguido de 2013, con 3.936.

Tan sólo en 2019 fueron 2.240 los positivos, pero tras la aparición de la COVID-19, en 2020, la cifra disminuyó en 65,9%.

La varicela es una patología que frecuentemente se registra en la temporada de calor, pero en la Península de Yucatán el problema se observa durante todo el año.

Sin embargo, con las medidas establecidas ante la pandemia, la varicela es una de las enfermedades que en este año ha disminuido su incidencia en la entidad.



Solo 14 casos humanos de dracunculosis ocurrieron en todo el mundo en 2021, acercándose a la meta de la erradicación mundial, [anunció](#) el 26 de enero el Centro Carter. Es el total anual de casos más bajo jamás registrado, y los casos ocurrieron en solo cuatro países. Cuando el Centro Carter asumió el liderazgo del [Programa Mundial de Erradicación de la Dracunculosis](#) en 1986, ocurrían alrededor de 3,5 millones de casos humanos al año en 21 países de África y Asia.



Un residente de una aldea en el estado de Sharq al-Istiwa'yah, en Sudán del Sur, usa un tubo con filtro para beber agua de manera segura. El dispositivo filtra los pequeños crustáceos que albergan larvas del gusano de Guinea (*Dracunculus medinensis*).

Los 14 casos marcan una disminución de 48% de los 27 casos informados en 2020. Las infecciones por el gusano de Guinea (*Dracunculus medinensis*) en animales cayeron 45% en 2021.

La directora ejecutiva del Centro Carter, Paige Alexander, dijo: “La erradicación es una realidad que se aproxima. Los ministerios de salud nacionales, con nuestro apoyo, han implementado intervenciones que están funcionando y el resultado es una reducción medible del sufrimiento humano y las infecciones animales. De eso se trata este trabajo. Tenemos que seguir presionando hasta llegar a la línea de meta”.

El anuncio se produjo durante un seminario web organizado por la Organización Mundial de la Salud para celebrar el primer aniversario del lanzamiento de la [Hoja de Ruta de las Enfermedades Tropicales Desatendidas para 2030](#). El seminario web se produce antes del tercer [Día Mundial de las Enfermedades Tropicales Desatendidas](#), concebido por los Emiratos Árabes Unidos, este domingo 30 de enero.

Números de casos e infecciones por país

Durante 2021, se informaron siete casos humanos de dracunculosis en Chad, una reducción dramática de 42% con respecto a los 12 del año anterior. Se informaron cuatro casos en Sudán del Sur, dos en Malí y uno en Etiopía. Angola y Camerún, que cada uno tuvo un caso humano en 2020, no tuvieron ninguno en 2021.

“El Ministerio de Salud de Chad logró avances significativos contra los casos humanos y animales en 2021”, dijo Adam Weiss, director del Programa de Erradicación del Gusano de Guinea del Centro Carter. “Todos en Chad, desde los líderes nacionales hasta los voluntarios de

las aldeas, han mostrado un fuerte compromiso para llevar a cabo las intervenciones y proteger a todos contra esta enfermedad”.

En cuanto a las infecciones por el gusano de Guinea en animales, Chad notificó 790 en perros domésticos y 65 en gatos domésticos; Camerún notificó 10 perros infectados a lo largo de su frontera con un área endémica en Chad y Malí notificó 16 perros y un gato infectados. Etiopía reportó dos perros y un gato infectados. Significativamente, Etiopía no encontró infecciones en babuinos en 2021, en comparación con cuatro babuinos infectados en 2020. Los gusanos que infectan a los animales son de la misma especie que los que infectan a los humanos; por lo tanto, la erradicación requiere detener las infecciones en ambos.³



Un gusano de Guinea se extrae lenta y cuidadosamente del pie de una persona en un centro de contención de casos donde los pacientes reciben atención en Wau, Sudán del Sur.

Las reducciones llegan a pesar de la COVID-19 y la inseguridad

Las fuertes reducciones son especialmente notables a la luz de la actual pandemia de COVID-19 y los importantes desafíos de seguridad (golpes militares, conflictos civiles, insurgencias) en algunos países endémicos. Si bien los trabajadores e investigadores de salud internacionales son vitales para el éxito del programa, el liderazgo diario y el trabajo de mantener la conciencia y la educación de la comunidad sobre el gusano de Guinea, junto con el monitoreo de infecciones, el filtrado del agua potable y la protección de las fuentes de agua contra la contaminación, son en gran parte dominio de la comunidad y los miembros de la familia. Por eso, si bien las restricciones de viaje han tenido un impacto, la campaña no se ha interrumpido.

“Gran parte del enorme progreso que estamos viendo se puede atribuir directamente a estas comunidades comprometidas que adoptan la idea de cuidar su propia salud y luego actúan de acuerdo con esa idea”, dijo el Dr. Donald R. Hopkins, asesor especial del Centro Carter para la erradicación de la dracunculosis. “Combinar ese compromiso con los actos diarios de coraje y devoción de los trabajadores de salud de primera línea, brinda estos resultados”.

La población de los países endémicos informó sobre miles de posibles casos de dracunculosis. Los trabajadores de la salud investigaron rápidamente todos esos rumores, que son clave para encontrar casos e infecciones reales.

“Los informes de rumores siguen siendo sólidos y a la par de años anteriores”, dijo el Dr. Kashaf Ijaz, vicepresidente de programas de salud del Centro Carter. “Esto es realmente importante porque demuestra la fortaleza de la vigilancia y que la disminución en los números no es una aberración”.⁴

³ Los detalles de los casos e infecciones se pueden consultar en la última edición de *Guinea Worm Wrap-Up*, una publicación conjunta de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, la Organización Mundial de la Salud y el Centro Carter. Todas las cifras anuales se consideran provisionales hasta que se confirmen oficialmente, generalmente en marzo.

⁴ La dracunculosis generalmente se contrae al consumir agua contaminada con pequeños crustáceos (llamados copépodos) infectados con larvas del gusano de Guinea (*Dracunculus medinensis*). Después de aproximadamente un año, una lombriz hembra preñada de un metro de largo emerge lentamente a través de una ampolla insoportablemente dolorosa en la piel, a menudo en las piernas o los pies. Las víctimas pueden buscar alivio sumergiendo la extremidad afectada en agua. El contacto con el agua estimula al gusano emergente a liberar sus larvas y comenzar el ciclo nuevamente. La dracunculosis incapacita a las personas durante semanas o meses, lo que reduce su capacidad para cuidar de sí mismas, trabajar, cultivar alimentos para sus familias o asistir a la escuela.

El cólera es endémico en Benín, notificándose casos todos los años desde 2016. En 2021, Benín notificó su primera ola epidémica de cólera entre marzo y abril, en la comuna de So-Ava, departamento de Atlantique, con 103 casos, incluidos tres casos confirmados por laboratorio y sin registrar fallecidos.

Una segunda ola epidémica comenzó en septiembre de 2021, con 1.430 casos y 20 muertes (tasa de letalidad de 1,4%) notificados entre el 1 de septiembre de 2021 y el 16 de enero de 2022. De estos, en el cultivo de materia fecal realizado en 41 muestras en el Laboratorio Nacional de Benín se confirmó *Vibrio cholerae* serogrupo O1.

De los casos notificados durante la segunda ola, 758 (53%) eran mujeres y 887 (62%) tenían entre 16 y 45 años de edad. Se han notificado casos en nueve departamentos de Benín: Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Donga, Littoral, Mono y Oueme. El departamento de Borgou, el epicentro del brote, notificó un aumento de casos de cólera entre las semanas epidemiológicas (SE) 43 y 50, con 841 casos notificados, de los cuales 597 (71%) fueron reportados en el distrito de Parakou.

Respuesta de salud pública

• Coordinación

- Se ha activado un sistema de gestión de incidentes a nivel nacional y en los departamentos afectados para coordinar la respuesta y apoyar a los equipos departamentales.
- El Ministerio de Salud desarrolló un plan de respuesta en coordinación con los socios de salud.
- Se han fortalecido las actividades de preparación, incluido el despliegue de personal de salud.

• Supervisión

- Las actividades de vigilancia epidemiológica están en curso, incluida la vigilancia comunitaria, la búsqueda activa de casos y las investigaciones de casos.
- El análisis de los focos de cólera está en curso.

• Gestión de laboratorios y de casos

- La recolección y el análisis de muestras de materia fecal para su confirmación en el Laboratorio Nacional de Salud Pública en Cotonou y Parakou están en curso.
- La gestión de casos se ha fortalecido mediante el establecimiento de instalaciones de tratamiento y la provisión de suministros.

• Agua, Saneamiento e Higiene (WASH)

- Las actividades de WASH están en marcha, incluida la desinfección del hogar, la distribución de tabletas de tratamiento de agua Aquatab en la comunidad y la demostración acerca de su uso adecuado, además del tratamiento del agua de pozo.

• Comunicación de riesgos

- La concientización de la comunidad sobre las medidas de higiene es continua, incluyendo el lavado de manos, la preparación segura de alimentos y el agua potable.

- Las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria están en curso. Esto incluye movilizar a los líderes de la comunidad, junto con las partes interesadas relevantes sobre las medidas de prevención del cólera mediante el uso de material de información, educación y comunicación (IEC).
- **Logística**
 - Se han entregado ocho kits de cólera (incluido el kit de referencia central, el kit de periferia y el kit comunitario) y cinco kits de laboratorio para apoyar a los departamentos afectados. Cada kit contiene los suministros necesarios para ayudar a prepararse para un posible brote de cólera y para respaldar la respuesta inicial para 100 casos.

Evaluación de riesgos de la OMS

El cólera es una infección entérica aguda causada por la ingestión de la bacteria *V. cholerae* en agua o alimentos contaminados. Está relacionado principalmente con el acceso insuficiente al agua potable y al saneamiento adecuado. Es una enfermedad infecciosa potencialmente grave que puede causar una alta morbilidad y mortalidad, que puede propagarse rápidamente, dependiendo de la frecuencia de exposición, la población expuesta y el entorno.

El cólera es endémico en Benín y, desde 2016, se siguen notificando casos cada año en varios departamentos del país. El distrito de Parakou en el departamento de Borgou es el epicentro del brote actual con un alto tráfico comercial hacia Cotonou, la capital de Benín.

Los principales factores atribuidos al inicio y la propagación continua de las epidemias de cólera en Benín incluyen:

- Higiene y saneamiento inadecuados
- Falta de infraestructura de higiene pública
- Suministro limitado de agua potable segura
- Defecación al aire libre
- Malas prácticas de lavado de manos.

Además, Benín comparte fronteras internacionales con Nigeria y Togo, y hay un movimiento de población transfronterizo frecuente y sustancial. Esto plantea un riesgo de transmisión transfronteriza del cólera.

Dadas las fronteras porosas con los países que responden a los brotes de cólera y las condiciones inadecuadas de WASH, los riesgos nacionales y regionales de este brote se evalúan como altos, mientras que el riesgo a nivel mundial se considera bajo.

Consejo de la OMS

La OMS recomienda mejorar el acceso a agua potable y saneamiento, buenas prácticas de higiene y seguridad alimentaria para prevenir la transmisión del cólera.

Se recomienda fortalecer la vigilancia, particularmente a nivel comunitario. Se debe implementar una gestión de casos adecuada, incluido un mejor acceso a la atención, en las áreas afectadas por el brote para reducir la mortalidad. Es necesario garantizar que los países estén preparados para detectar y responder rápidamente a este brote de cólera para reducir el riesgo de propagación a nuevas áreas. Dado que el brote está ocurriendo en áreas con un movimiento de población transfronterizo activo, la OMS alienta a los respectivos países a garantizar la cooperación y el intercambio regular de información.

La OMS no recomienda ninguna restricción en los viajes y el comercio hacia y desde Benín según la información disponible actualmente sobre el brote.



El sistema de salud de Botswana está siendo sometido a una presión aún mayor debido a un brote de malaria recientemente detectado en la parte suroccidental del país, anunciaron el 24 de enero las autoridades de salud en un comunicado.

“Al menos 11 casos de malaria se han registrado en la parte suroccidental de Botswana en los últimos tres meses”, dijo Nthabiseng Dikgang, coordinador del equipo de manejo de la salud en esa región del país.

Aunque la parte suroccidental de Botswana ha estado reportando casos de malaria durante los períodos de lluvia, Dikgang dijo que históricamente esta no es una zona de transmisión endémica de la enfermedad.

"En Botswana, un caso autóctono de malaria es considerado un brote", explicó Dikgang, quien exhortó a la población a prestar atención a los síntomas de la enfermedad y a buscar ayuda médica tan pronto como sea posible para evitar presentar síntomas severos o fallecer.

"La malaria es curable. La enfermedad grave y los decesos se pueden evitar con la detección oportuna y un tratamiento rápido. Por eso se alienta a las personas a que busquen atención médica pronto", dijo Dikgang.

La Organización Mundial de la Salud recientemente advirtió a los países de África como Botswana que su lucha contra la malaria no debe ser soslayada durante la lucha contra la pandemia de COVID-19, dado que se espera que esta enfermedad propagada por mosquitos cause la muerte de cientos de miles de personas este año.



El Gobierno de Japón decidió el 25 de enero elevar el nivel de alerta sanitaria y expandir las restricciones para contener la COVID-19 hasta abarcar 34 de sus 47 prefecturas, ante el continuado aumento de contagios, que volvieron a marcar un récord al superar los 60.000 en 24 horas.

La decisión añade 18 regiones al listado de las que tenían en marcha la "cuasi emergencia" sanitaria acompañada de una nueva ronda de medidas, y entre las que ya se encontraba Tokio y las prefecturas colindantes.

El rápido avance de la COVID-19 en Japón, propiciado por la variante Omicron del SARS-CoV-2 y que está causando los mayores niveles de contagios desde el inicio de la pandemia, ha empujado a la mayor parte de los gobiernos regionales a atenerse a las medidas excepcionales para tratar de contener las infecciones.

El Ejecutivo central señaló el 25 de enero que valorará si es necesario recurrir al máximo nivel de alerta, la emergencia sanitaria que ya se aplicó en fases anteriores de la pandemia, si los contagios continúan al alza y así lo requieren las autoridades locales.

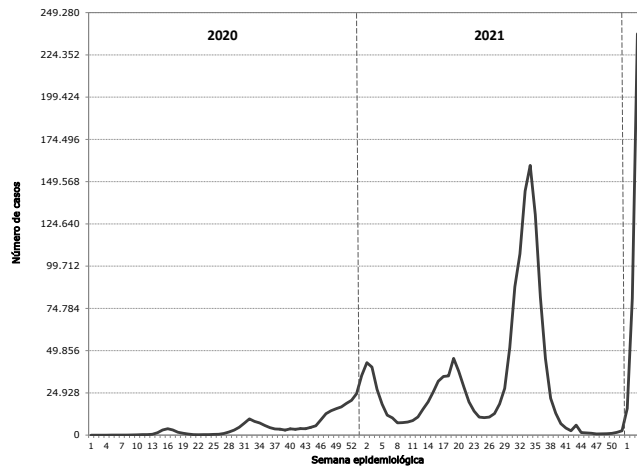
"La declaración de emergencia conlleva fuertes restricciones en derechos particulares, por lo que debe evaluarse de forma cuidadosa", dijo el portavoz del Ejecutivo, Hirokazu Matsuno.

El principal asesor médico del Gobierno para la pandemia, Shigeru Omi, señaló que las nuevas y más flexibles medidas están "diseñadas para ajustarse a las características de la variante Omicron" y subrayó la urgencia de frenar al virus antes de que se sature el sistema sanitario.

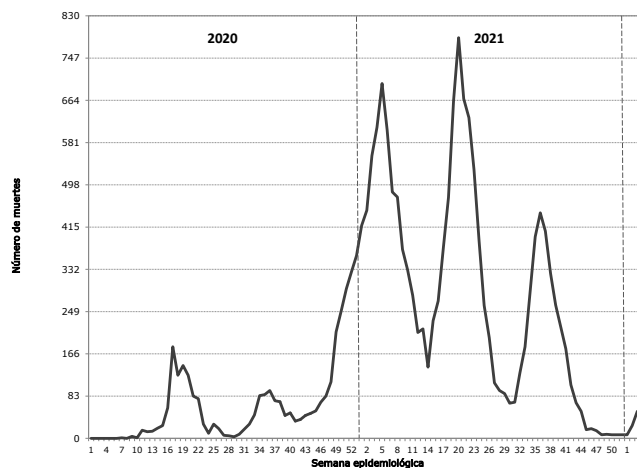
Las restricciones aplicadas con la "cuasi-emergencia" sanitaria incluyen principalmente la limitación de horarios de bares y restaurantes, considerados los principales focos de contagios, y la prohibición de vender alcohol en algunos casos.

Las autoridades niponas no cuentan con competencias legales para aplicar el confinamiento obligatorio de la población, y reforzaron el blindaje fronterizo del archipiélago nipón tras reportarse los primeros contagios de Omicron en países africanos, aunque esto no logró evitar la propagación de la nueva variante en Japón.

El número de contagios diarios superó el 25 de enero los 62.000, de los cuales unos 12.000 tuvieron lugar en Tokio, lo que supone nuevas cifras récord.



Casos notificados de COVID-19. Japón. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 3 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 24 de enero de 2022, 17:06 horas.



Muertes notificadas por COVID-19. Japón. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 3 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 24 de enero de 2022, 17:06 horas.

El Instituto Noruego de Salud Pública (FHI) advirtió sobre un brote en curso de infecciones por la bacteria *Pseudomonas aeruginosa* en más de diez hospitales del país. Hasta el momento se han reportado casos en tres de las cuatro regiones de salud del país.

El brote se descubrió en noviembre de 2021 cuando tres pacientes ingresados en el Hospital Universitario del Norte de Noruega (UNN) de Tromsø por COVID-19 enfermaron gravemente y murieron por sepsis a causa de cepas bacterianas idénticas. Luego, la Autoridad Sanitaria Regional del Norte de Noruega detectó una serie de brotes y hasta ahora ha identificado un total de 11 pacientes con la misma cepa bacteriana en diferentes hospitales de la región.

También en el sur

El FHI indicó a todas las regiones de salud que investigaran más a fondo si podían identificar pacientes asociados al brote. Hasta ahora se ha detectado la infección en otros 15 pacientes en la Región Sudeste y en tres en la Región de Noruega Central.

No se ha establecido un vínculo definitivo entre la mayoría de los pacientes a los que se les ha diagnosticado la infección, y se están realizando más investigaciones.

La bacteria

Pseudomonas aeruginosa es una bacteria común que prospera en el agua y en ambientes húmedos, así como en los ambientes hospitalarios. Rara vez causa enfermedad en personas sanas, pero puede causar una infección grave en pacientes de cuidados intensivos y en aquellos con sistemas inmunitarios debilitados.

Los análisis del genoma completo de la bacteria han demostrado que la cepa del brote no se ha descrito previamente en Noruega ni en otros países.

Trabajo sistemático

El FHI ahora está colaborando en la coordinación de todas las regiones de salud para obtener una visión general de la situación y limitar el brote.

El grupo de trabajo investiga sistemáticamente para detectar vías de infección, si existe una posible fuente común de infección y para implementar las medidas de control de infecciones necesarias que puedan detener el brote.⁵

⁵ *Pseudomonas aeruginosa* es uno de los microorganismos más frecuentes responsables de bacteriemia, de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), así como un patógeno posible en determinados pacientes con neumonía comunitaria grave, especialmente si presentan como patología subyacente una enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

P. aeruginosa continúa siendo una frecuente causa de infección con una importante morbilidad y mortalidad, que oscila entre 18% y 61%. Esta mortalidad es superior en pacientes neutropénicos e inmunodeprimidos. La NAV por *P. aeruginosa* tiene, en especial, una mortalidad atribuible alta.

La infección por *P. aeruginosa* es clínicamente indistinguible de otras infecciones por bacilos gramnegativos u otros patógenos. Por ello, los pacientes con infección por *P. aeruginosa* pueden recibir tratamiento empírico inactivo frente a este microorganismo durante los primeros días hasta conocer la susceptibilidad antibiótica del mismo.

En las dos últimas décadas la resistencia a antibióticos ha sido un problema creciente, sobre todo en los pacientes graves ingresados en unidades de cuidados intensivos. Se ha detectado un incremento de 62% en los aislamientos de *P. aeruginosa* multirresistente entre 1998 y 2000, lo que supone un aumento en la estancia hospitalaria, en los costos y en la mortalidad.

Las autoridades de Pakistán informaron el 24 de enero que han puesto en marcha una nueva campaña de vacunación contra la poliomielitis para proteger a millones de niños contra la enfermedad a pesar del aumento de casos de COVID-19.

La campaña, que durará cinco días y se realizará "casa por casa", tendrá como objetivo la vacunación de 22 millones de menores de cinco años.



Unas 150.000 personas participarán en las labores en unos 70 distritos en los que prevén administrar las dosis siguiendo los protocolos sanitarios actuales para evitar un mayor número de contagios de COVID-19.

El programa estatal paquistaní contra la poliomielitis se remonta a 1994 y ha estado a punto de lograr la erradicación de la enfermedad. En 2019, sin embargo, el país constató 147 casos, un récord en cinco años, debido a los ataques perpetrados contra trabajadores sanitarios, lo que dificultaba la vacunación.

Milicianos vinculados al grupo terrorista Al-Qaeda han atacado en varias ocasiones a trabajadores sanitarios. El mes pasado, al menos dos guardias que escoltaban a voluntarios y trabajadores sanitarios fueron asesinados en varios ataques en el noroeste de Pakistán.

"Hemos puesto en marcha nuevas campañas de vacunación para inmunizar a los niños", explicó un alto cargo de Sanidad. Pakistán y Afganistán figuran entre los pocos países del mundo en los que la poliomielitis sigue siendo endémica.

En un comunicado fechado el 15 de enero, el “gobierno interino sirio” advirtió sobre un brote de sarampión en el noroeste del país, y anunció la primera muerte por esta enfermedad en una niña de 12 años de Afrin, en la Gobernación de Aleppo.

El comunicado confirmó la detección de 30 casos de la enfermedad en la región de Al-Bab, y más de uno en Afrin, la mayoría de los cuales eran menores de cinco años, además de la sospecha de un caso de síndrome de rubéola congénita en una recién nacida, entre diciembre de 2021 y el 7 de enero de 2022.



El Ministro de Salud del “gobierno interino”, Dr. Maram al-Sheikh, dijo que, hasta ahora, no se conocían las causas de los dos clústeres de infecciones en esas dos áreas específicas.

Al-Sheikh agregó que cada año se registran varios casos de la enfermedad, pero con síntomas leves y en áreas separadas, por lo que no representan un peligro desde la perspectiva de la salud pública.

Al-Sheikh cree que la razón de la propagación es la aparición de una mutación en el virus, que causó la aparición de una nueva cepa, o la falta de adherencia de algunas personas a la vacuna o la desidia y el olvido en la aplicación de la misma.

La participación general en las vacunas de rutina fue excelente en períodos anteriores, y las muertes por sarampión solo se registraron en casos raros, como sucedió este año, según Al-Sheikh.

Agregó que la vacuna forma parte de la inmunización de rutina, y la población la acepta, pero hay razones complejas para los nuevos contagios, e hizo un llamado a la gente para que no tenga temore.

Al-Sheikh explicó que el motivo de la advertencia por cualquier enfermedad contagiosa que se supone controlada por las vacunas es la aparición de cualquier clúster o la ocurrencia de muertes entre esos casos.

Se están realizando investigaciones acerca de la presencia de mutaciones, y se ha puesto el foco en monitorear esta epidemia dentro de la comunidad, y realizar una campaña de vacunación además de la vacunación de rutina, para evitar que se convierta en una epidemia.

El Ministerio de Salud del “gobierno interino” contactó a los equipos de vacunación para iniciar una campaña para inmunizar a todos los niños contra el sarampión, según Al-Sheikh.⁶

⁶ Lo más probable es que el caso fatal se deba a la falta de inmunidad debido a una vacunación ausente o incompleta, antes que a una mutación en el virus como se sugiere en la noticia. Sin embargo, si este fuera el caso, debería registrarse más de un caso grave. Al parecer, se estaría realizando la secuenciación del virus, lo que responderá a esa pregunta.

A pesar de que Sudáfrica entró en su temporada alta de malaria, muchos casos de esta enfermedad se diagnostican erróneamente como COVID-19. Tanto la malaria como la COVID-19 tienen síntomas tempranos no específicos similares, como fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, fatiga y dolor muscular. La malaria no diagnosticada y no tratada progresa rápidamente a una enfermedad grave, con un desenlace potencialmente fatal.

Cualquier persona que presente fiebre o una enfermedad similar a la influenza, si reside en un área de riesgo de malaria en Limpopo, KwaZulu-Natal o Mpumalanga, o ha viajado a un área de riesgo de malaria, especialmente Mozambique, en las últimas seis semanas, debe ser estudiada para malaria mediante una microscopía de frotis de sangre o una prueba de diagnóstico rápido. Si da positivo para malaria, el paciente debe iniciar su tratamiento de inmediato.

Los pacientes deben recordar informar a su proveedor de atención médica sobre su viaje reciente, particularmente a países vecinos y áreas de riesgo de malaria en Sudáfrica, para que el proveedor de atención médica sea consciente de la posibilidad de que se trate de esta enfermedad.

También debe considerarse malaria en pacientes con fiebre inexplicable que no ha viajado a un área endémica de la enfermedad, con síntomas que se agravan progresivamente, con un recuento bajo de plaquetas, ya que puede haber sido transmitida por mosquitos que han viajado inadvertidamente en vehículos provenientes de áreas endémicas.

Arte y pandemia



Una mujer camina junto a un mural que destaca los beneficios de la vacunación e insta a las personas a vacunarse contra la COVID-19, en Mumbai, India, el 22 de noviembre de 2021.

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.