

ARGENTINA

- Entre Ríos: Alerta por un brote de fiebre q en trabajadores de un frigorífico de Diamante
- *Aedes aegypti* es un mosquito bien adaptado a la variedad de condiciones en la naturaleza
- Vigilancia epidemiológica de botulismo del lactante

AMÉRICA

- Brasil: Declaran brote de infecciones por *Candida auris*

- Canadá: Reportan en Toronto un caso de rabia canina en un perro importado de Irán
- Estados Unidos: Recurren a las aguas residuales para monitorear la propagación de la COVID-19
- Panamá: Detectan el primer caso de hantaviriosis de 2022 en la provincia de Herrera

EL MUNDO

- África: Una garrapata invasora de importancia médica se propaga en la Región
- Filipinas: Un brote de cólera en Silangang Dabaw causa seis muertes

- Reino Unido: Identifican en Inglaterra más casos de gonorrea resistente a los antibióticos
- República Democrática del Congo: Declaran epidemia de sarampión en las provincias de Kasai-Oriental y Sud-Ubangi
- Suecia: Eliminaron las restricciones por la COVID-19 y ya no la consideran una enfermedad crítica
- La COVID-19 es menos grave en personas completamente vacunadas

OPINIÓN

- Una historia de dos fiebres: cuando la malaria es el precio del oro

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.



Ministerio de Salud
Argentina

ENTRE RÍOS

ALERTA POR UN BROTE DE FIEBRE Q EN
TRABAJADORES DE UN FRIGORÍFICO DE DIAMANTE

08/02/2022

En ocasión de haber recibido la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de un brote de fiebre Q en un establecimiento frigorífico en la provincia de Entre Ríos, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [comunicación](#) con el propósito de fortalecer las capacidades de los equipos de salud para: sospechar la enfermedad especialmente en grupos de mayor exposición al riesgo –veterinarios, trabajadores de plantas de procesamiento de carne, trabajadores de la industria lechera, criadores de diferentes ganados–, permitiendo un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los casos, así como las acciones de investigación y control de brotes.

Otros propósitos de la comunicación son las de informar y sensibilizar sobre la necesidad de implementar y controlar las medidas de prevención de nuevos brotes en actividades y establecimientos de mayor riesgo para la fiebre Q.

Situación epidemiológica

En la semana epidemiológica (SE) 45 de 2021, el equipo veterinario de un frigorífico en el departamento de Diamante, Entre Ríos, reportó junto con las autoridades epidemiológicas de la provincia, un brote de etiología en estudio en los trabajadores del establecimiento, caracterizado por cefalea, mialgias, fiebre y tos. Tras la investigación epidemiológica pudo confirmarse el diagnóstico de fiebre Q por parte del laboratorio nacional de referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS).

Se identificaron 11 casos entre el personal del frigorífico. El 91% era de sexo masculino (10/11). La mediana de edad fue de 27 años (rango: 21 a 42 años). Los síntomas predominantes fueron cefalea (64%), mialgias (64%), fiebre (55%) y tos (37%). El diagnóstico referido fue neumonía en cuatro casos (36%). Requirieron internación en sala general 10 pacientes. La media de días de internación fue de 3 (rango: 2 a 10 días) y la media de días que transcurrieron entre la fecha de inicio de los síntomas y la fecha de internación fue de 4 días (rango: 1 a 7 días).

Todos presentaron evolución favorable luego de recibir tratamiento antibiótico con diferentes esquemas terapéuticos: ampicilina, ampicilina/sulbactam y doxiciclina.

Los primeros casos ocurrieron entre 3 y 4 días después del cierre de una campana de ventilación en el ambiente de trabajo compartido por todos los trabajadores afectados.

Todas las personas trabajaban en la misma área de faenado de carne de vaca y cerdo del frigorífico.

Se pudo determinar contacto directo con tejidos y fluidos animales por deficiente uso de equipos de protección personal e insuficiente ventilación de algunos sectores de faena, y condiciones de humedad y potenciales zonas donde podrían acumularse fluidos.

Se realizaron acciones de adecuación ambiental y edilicias, como así también para el correcto uso de los equipos de protección personal.¹

¹ La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial de la que se desconoce su prevalencia en Argentina. Los trabajadores rurales, veterinarios y ganaderos constituyen las principales poblaciones de riesgo. La fiebre Q puede causar diferentes manifestaciones clínicas, desde formas asintomáticas hasta cuadros clínicos de diferente gravedad. Las personas que enferman gravemente pueden presentar neumonía o hepatitis. Las mujeres que se infectan durante el embarazo pueden estar en riesgo de sufrir un aborto espontáneo o un parto prematuro. En un bajo porcentaje puede presentarse la forma crónica de fiebre Q, meses o años después de la infección inicial, que generalmente se manifiesta como endocarditis o hepatitis granulomatosa.

Las personas se pueden infectar al inhalar el polvo contaminado por las heces, la orina, la leche y los tejidos placentarios y líquidos durante el parto y abortos, que contienen la bacteria *Coxiella burnetii*. Otras vías de transmisión son el consumo de productos lácteos no pasteurizados contaminados. También puede haber contaminación por contacto directo con animales infectados y otros materiales contaminados como lana, paja, ropa. Muy raras veces, la fiebre Q se ha transmitido persona a persona (parto, lactancia materna, contacto sexual y por vía transplacentaria). Por último se han registrado casos por picadura de garrapata.

El diagnóstico de la fiebre Q se realiza por serología (inmunofluorescencia indirecta), por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de sangre entera en las primeras dos semanas antes del tratamiento antibiótico. Las pruebas de diagnóstico basadas en la detección de anticuerpos suelen resultar negativas en los primeros 7 a 15 días de la enfermedad. Por este motivo, el tratamiento de los pacientes debe iniciarse ante la sospecha clínica y no esperar los resultados de laboratorio. La detección del ADN de *C. burnetii* mediante PCR puede confirmar rápidamente una infección aguda. Idealmente, las muestras se toman durante las primeras dos semanas de la enfermedad y antes o poco después de la administración de doxiciclina. Para un diagnóstico definitivo en las primeras etapas de la enfermedad, se recomienda utilizar pruebas serológicas en combinación con PCR en sangre total.

El tratamiento en la enfermedad aguda consiste en doxiciclina por vía oral 200 mg/día durante 14 a 21 días. En embarazadas se utiliza trimetoprima-sulfametoxazol. En el caso de la enfermedad crónica (endocarditis), el tratamiento generalmente consiste en una combinación de fármacos (doxiciclina más hidroxiquina, rifampicina o quinolonas) que se administran por periodos prolongados de 18 a 36 meses. En algunos pacientes puede ser necesario el reemplazo quirúrgico de la válvula infectada.

Definiciones y clasificaciones de caso

Se debe sospechar fiebre Q en casos de fiebre de origen desconocido, especialmente si la persona ha estado en contacto con ganado

• Fiebre Q aguda

- Caso sospechoso: toda persona con síndrome febril agudo sin etiología definida y uno o más de los siguientes síntomas: escafofríos, cefalea con dolor retroocular, neumonía, o hepatitis aguda y alguno de los siguientes criterios epidemiológicos: exposición ambiental o laboral a secreciones u órganos contaminados de herbívoros domésticos sospechosos o enfermos, exposición a aerosoles, polvo, productos animales como lana o pelo en ambientes contaminados por animales sospechosos o enfermos, consumo de leche o derivados contaminados.
- Caso probable: todo caso sospechoso y presencia de título alto (IgG >1/128 contra antígenos de fase II) por inmunofluorescencia indirecta.
- Caso confirmado: todo caso sospechoso o probable con aislamiento de *C. burnetii* de una muestra clínica o detección de ácido nucleico de *C. burnetii* en una muestra clínica o aumento de cuatro veces en el título serológico (IgG contra antígenos de fase II) por inmunofluorescencia indirecta.

• Fiebre Q crónica

- Caso sospechoso: toda persona que presente al menos uno de los siguientes criterios clínicos: endocarditis con hemocultivo negativo y que presente alguno de los siguientes factores de riesgo: valvulopatía previa, sospecha de infección de un aneurisma vascular o prótesis vascular o alteración del sistema inmunológico; o toda persona que presente una hepatitis crónica, osteomielitis, osteoartritis o neumonitis en ausencia de otra etiología conocida; y que presente alguno de los criterios epidemiológicos mencionados en la definición de caso sospechoso de fiebre Q aguda.
- Caso probable: caso sospechoso con resultados de laboratorio que respaldan la infección crónica pasada o presente (anticuerpos contra el antígeno de fase I \geq 128 y <1: 800).
- Caso confirmado: todo caso sospechoso o probable que se confirma por laboratorio con título de anticuerpos \geq 1/800 contra antígeno de fase I (mientras que el título de IgG de fase II también estará elevado; el título de fase I es más alto que el título de fase II). O detección de ADN de *C. burnetii* en una muestra clínica mediante la amplificación de una diana específica mediante un ensayo de PCR; o aislamiento de *C. burnetii* de una muestra clínica por cultivo.

La enorme mayoría de los estudios epidemiológicos que busca entender el éxito reproductivo del mosquito *Aedes aegypti*, vector del dengue y otras enfermedades, se hacen en laboratorios y bajo condiciones controladas: las larvas son alimentadas a partir de alimento artificial. Pero, ¿qué pasa cuando el ambiente es más realista y natural, en los recipientes con agua de las casas y jardines?

Un estudio del biólogo Pedro Montini, becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), y de la doctora en Ciencias Biológicas Sylvia Fischer, demostró cómo la variabilidad de alimento, en estado natural, termina afectando el desarrollo de las larvas y hasta el tamaño de las hembras. También registraron que, incluso en peores condiciones, comparadas con las del laboratorio, la tasa de supervivencia es muy alta.



Los distintos estadios de *Aedes aegypti*: larva (arriba izquierda), pupa (arriba derecha) y hembra adulta (abajo).

“La mayor limitante para la abundancia de mosquitos es la cantidad de recipientes que puedan contener las larvas y la cantidad y calidad de alimento natural en esos cacharros y otros depósitos. En los recipientes donde se recibe muy poca materia orgánica que sirve de alimento, hay un efecto negativo en el desarrollo de las larvas y en la supervivencia y desarrollo de las hembras”, comentó Fischer, investigadora independiente del CONICET.

Ya sea con mucho o poco alimento, los investigadores comprobaron que la tasa de supervivencia era muy buena, aunque peor si se la comparaba con las condiciones y la dieta del laboratorio. “Eso prueba que es un mosquito bien adaptado a la escasez y variedad de condiciones en la naturaleza. Incluso con tiempos de desarrollo más largo, con ciclos más lentos y con baja abundancia de alimento natural, no muere. La mayoría termina llegando, igualmente, a la etapa adulta”, advirtió Fischer, quien es investigadora en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires.

Los resultados a los que arribaron los investigadores son de enorme importancia ya que apuntan, en consideración de Fischer, al punto clave sobre el que hay que actuar. “La cantidad de recipientes y alimentos que haya en los recipientes determinará la cantidad de mosquitos que habrá, lo que tendrá una relación directa con el riesgo epidemiológico”, explicó la especialista.

“Algunas de las medidas tomadas a partir de la pandemia impactaron de forma indirecta en los casos de dengue en Argentina. En el país no tenemos dengue todo el año. Para que haya un brote, necesariamente tienen que venir personas infectadas desde otras regiones. En la medida en que los viajes estén limitados, nos protegerá o retrasarán esos casos. Sin embargo,

ya surgieron casos en algunas zonas de Latinoamérica que deben servir como una señal de alerta”, advirtió Fischer.

Políticas públicas: de la casa a la escuela

Los entramados sociales y políticos son tan complejos, cuando se habla de epidemiología, que basta ver el caso del dengue para entender cuán necesarias son políticas públicas que aborden el problema desde distintas aristas. Para Fischer, si bien Argentina tiene directrices claras en cómo avanzar en la prevención del dengue, a veces el proceso se dificulta cuando pasa a lugares específicos, con realidades particulares.



Las cubiertas de los neumáticos son lugares ideales para el desarrollo del *Aedes aegypti*.

“Es clave tanto facilitar el acceso al conocimiento como trabajar a nivel comunitario para visualizar el problema en cada lugar. No es lo mismo un lugar con acceso al agua de red que un lugar sin acceso, donde acumulan agua para regar o lavar. Las medidas que se tomen serán distintas”, analizó.

“Es clave tanto facilitar el acceso al conocimiento como trabajar a nivel comunitario para visualizar el problema en cada lugar. No es lo mismo un lugar con acceso al agua de red que un lugar sin acceso, donde acumulan agua para regar o lavar. Las medidas que se tomen serán distintas”, analizó.

“A veces pareciera más efectivo, o que tiene más visibilidad, realizar fumigaciones en diversos lugares. Pero es una medida que no solo tiene muy poco efecto real en las poblaciones de mosquitos, sino que, además, tiene muchas contraindicaciones”, agregó la investigadora.

Lo que sí tiene un rol esencial es el descacharrar o eliminar recipientes que puedan acumular agua, para reducir la abundancia de mosquitos. “Existe el problema de que, desde lo operativo, los recipientes están en el ámbito de lo privado, donde el Estado no tiene incidencia directa. Se puede hacer desde el convencimiento o desde la facilitación, cuestiones que, en general, no funcionan del todo bien. Y las campañas deben hacer más hincapié en las larvas y su ciclo de vida, para que se entienda la importancia de descacharrar”, agregó.

En el caso de la facilitación, Fischer puso como ejemplo las cubiertas de los neumáticos, depósitos de agua ideales para el desarrollo de *Ae. aegypti*. “El Estado, por ejemplo, podría facilitar la disposición final de cubiertas, sin costo, para los dueños de gomerías. De esta manera, sería mucho más fácil que se deshicieran de ellas, y no acumularlas al aire libre”.

Más allá de estas posibles medidas, la investigadora señaló que una buena estrategia, pensando más en el mediano y largo plazo, es incluir esta temática en los contenidos de las escuelas. “Los niños son grandes actores del cambio y, en general, convencen a los adultos de cambiar sus prácticas y adquirir hábitos más saludables. Sería importante capacitarlos y enseñarles cómo hacer las cosas de manera diferente a como se están haciendo, lo que generaría cambios que, por el momento, es algo que sigue costando, y mucho”, consideró.

24/01/2022

Provincia/Región	2020		2021	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	26	15	19	15
Buenos Aires	4	—	6	—
Córdoba	2	—	6	—
Centro	32	15	31	15
Mendoza	10	—	2	—
San Juan	2	—	3	1
San Luis	1	—	—	—
Cuyo	13	—	5	1
Corrientes	2	—	—	—
Noreste Argentino	2	—	—	—
Salta	—	—	4	—
Tucumán	1	—	1	—
Noroeste Argentino	1	—	5	—
La Pampa	—	—	1	—
Neuquén	1	—	2	—
Río Negro	1	—	—	—
Sur	2	—	3	—
Total Argentina	50	15	44	16

Casos notificados y confirmados de botulismo, Argentina. Años 2020/2021. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.²

² En la presente tabla sólo figuran aquellas jurisdicciones que han notificado casos. Los casos notificados incluyen sospechosos, probables, confirmados y descartados.

Caso confirmado es todo caso sospechoso con identificación de *Clostridium botulinum* en materia fecal o identificación de toxina botulínica en materia fecal o suero.

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) de Brasil confirmó el tercer caso positivo de infección por el hongo *Candida auris*, y declaró el estado de “brote” local.

El paciente infectado se encuentra internado en el hospital público de Recife, del estado de Pernambuco. La identificación fue realizada por el Laboratorio Central de Salud Pública del Instituto ‘Prof. Gonçalo Moniz’, en Bahia.

Según señaló la ANVISA, “se implementaron las acciones para contener la propagación del organismo en el hospital y todavía hay otro caso sospechoso, que está bajo investigación”.

“Aunque por el momento solo hay tres casos confirmados y otro en análisis en Brasil, se puede considerar que hay un brote de infecciones por *Candida auris* en el país”, apuntó la entidad.

La Agencia explicó además que la “definición epidemiológica” de un brote “abarca no solo una gran cantidad de casos de enfermedades contagiosas o relacionadas con la salud, sino también la aparición de un nuevo microorganismo en la epidemiología de un país o incluso de un servicio de salud, incluso si es solo un caso”.³

³ *Candida auris* es una levadura identificada por primera vez en Japón en 2011, y que se ha propagado rápidamente, causando infecciones en más de 30 países a nivel mundial.

Se trata de un hongo emergente unicelular con características particulares, entre las que se cuentan su diseminación en los servicios de salud y en pacientes con sistemas inmunes debilitados, y su capacidad para sobrevivir en superficies por largos periodos de tiempo.

Este hongo es causante de infecciones graves del torrente sanguíneo, que pueden llegar a ocasionar la muerte del paciente, en especial de aquellos críticamente comprometidos; uno de cada tres pacientes con infección invasiva por *C. auris* puede morir.

Otra de sus principales características es su alto grado de resistencia a los antifúngicos comúnmente utilizados para tratar otras especies del género *Candida* (polienos, azoles y equinocandinas). Se ha encontrado que, en algunas regiones del mundo, es resistente a los tres tipos de tratamientos antimicóticos disponibles.

Resulta fundamental ampliar el conocimiento del personal sanitario sobre los hongos en general, y este en particular, lo que contribuye a un mejor diagnóstico, al uso de terapias adecuadas y a una reducción de costos en salud. Asimismo, esto deriva en un menor riesgo de resistencia antifúngica y de efectos secundarios por el uso de terapias inadecuadas.

Candida auris representa un reto enorme para los sistemas de salud, dado que suele presentarse en brotes y es multirresistente, por lo que se requiere que esta información se tenga a la mano en los hospitales y que se diferencie entre colonización (piel, tracto gastrointestinal, recto, ano, o cualquier otro sitio) e infección, y entre candidiasis invasiva versus no invasiva.

El objetivo es el control oportuno de brotes, ya que la rápida identificación de *C. auris* en pacientes hospitalizados es particularmente importante para que las instituciones puedan tomar precauciones especiales para detener su propagación.

Entre los factores de riesgo que predisponen a la infección por este hongo, se destacan las comorbilidades como diabetes, intervenciones quirúrgicas recientes, catéteres venosos centrales, pacientes con otitis y quienes se encuentren o hayan recibido tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Por eso, se requiere una estricta vigilancia epidemiológica en los hospitales.

Su detección oportuna y el uso de terapias adecuadas disminuyen el riesgo de mortalidad. En el momento actual, en donde hay mayor probabilidad de coinfecciones entre hongos y bacterias en pacientes con COVID-19, es esencial contar con personal preparado y condiciones higiénicas ideales, para reducir ese riesgo de coinfecciones.

Resulta crítico conocer el comportamiento epidemiológico de este hongo, detectarlo precozmente y notificar los casos de manera oportuna, así como realizar más investigaciones sobre tratamientos y fortalecer las estrategias de control.

Un perro rabioso fue importado de Irán el 28 de junio de 2021. Desarrolló signos clínicos de rabia el 11 de enero de 2022 y fue sacrificado el 16 de enero de 2022. El diagnóstico de rabia se confirmó el 19 de enero de 2022.

Los resultados de la caracterización del virus mediante secuenciación genética confirmaron que el perro estaba infectado con una variante del virus de la rabia canina previamente notificada en Irán e Irak.

La investigación de seguimiento identificó 42 contactos humanos. Todos ellos fueron localizados y 37 recibieron profilaxis post-exposición. Todos los contactos relevantes con animales domésticos también fueron rastreados y están siendo tratados adecuadamente.

El perro rabioso no tuvo contacto con ningún otro animal silvestre o doméstico durante el periodo de riesgo de excreción del virus.

Este es el segundo caso de rabia transmitida por perros notificado en Canadá desde la década de 1960. Ambos casos fueron notificados en los últimos siete meses y se produjeron en perros importados de Irán; el último caso fue notificado el 12 de julio de 2021.

Las autoridades de salud federales de Estados Unidos anunciaron el 4 de febrero que están ampliando los esfuerzos nacionales de rastreo de la COVID-19 al monitorizar los niveles del coronavirus que se encuentran en las aguas cloacales sin procesar.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos prevén que añadirán 250 centros de vigilancia adicionales en las próximas semanas, a una lista de más de 400 lugares que ya analizan las aguas residuales de forma regular para buscar trazas del SARS-CoV-2.



Debido a que los incrementos en la presencia del coronavirus en las aguas residuales en general ocurren antes de los aumentos correspondientes en los casos clínicos, la vigilancia de las aguas residuales sirve como un sistema de advertencia temprana del surgimiento de la COVID-19 en una comunidad. Estos datos tienen una potencia particular, porque capturan la presencia de las infecciones de personas con y sin síntomas, y no se ven afectados por el acceso a la atención de la salud ni la disponibilidad de las pruebas clínicas.

Los CDC también añaden los datos de la vigilancia de las aguas residuales al sitio del Rastreador de Datos de la COVID-19 de la agencia, para que las personas puedan observar las tendencias en sus comunidades.

Los estimados sugieren que entre 40 y 80% de las personas infectadas con la COVID-19 excretan ARN viral en las heces, hayan desarrollado síntomas o no.

La excreción en la materia fecal comienza muy pronto después de que alguien se infecta. De hecho, es una de las primeras señales de infección, lo que es importante respecto de esta capacidad de advertencia temprana de las aguas residuales. Estas tasas suben muchísimo, de forma que se excretan muchos virus en la materia fecal a principios de la infección, y luego disminuyen.

Teniendo esto en cuenta, los CDC iniciaron el Sistema Nacional de Vigilancia de Aguas Residuales (NWSS) en septiembre de 2020, para advertir a las comunidades que se enfrenten a futuros aumentos de la COVID-19. El NWSS recolecta ahora más de 34.000 muestras al día, lo que representa a más o menos 53 millones de estadounidenses.

Las agencias de salud pública pueden utilizar la monitorización de la COVID-19 en las aguas residuales para planificar dónde ubicar los sitios móviles de pruebas y vacunación en las comunidades, además de advertir a los hospitales locales para que se preparen para el aumento en ciernes.

Algunos estados también realizan secuenciación genética de las muestras de aguas residuales para monitorizar el surgimiento potencial de nuevas variantes del SARS-CoV-2.

El programa de monitorización de aguas residuales de la ciudad de New York detectó hace poco fragmentos del SARS-CoV-2 con mutaciones únicas que nunca se habían visto antes en pacientes humanos. Estos “linajes crípticos” podrían ser evidencia de nuevas variantes, expresa un reciente [informe](#).

Muchos estados de la nación están secuenciando muestras de sus aguas residuales, y estos datos llegarán a los CDC en las próximas semanas, los que también estarán disponibles para su monitorización. Se trata de un método muy poderoso para monitorizar las variantes preocupantes en las aguas residuales.

Rastrear los virus en las aguas cloacales no es un concepto nuevo. Hay países donde las aguas residuales se utilizan como parte de las iniciativas para erradicar la poliomielitis, por ejemplo.

Y aunque el NWSS se creó como parte de la respuesta a la COVID-19, los CDC están trabajando para ampliar la capacidad del sistema para rastrear otros patógenos.

Entre los objetivos futuros se encuentran los gérmenes resistentes a los antibióticos, las infecciones transmitidas por los alimentos, la influenza, y los patógenos fúngicos emergentes.

Se encienden las alarmas en Azuero al detectarse el primer caso de hantavirus en la provincia de Herrera.

La afectada es una mujer de 58 años de edad, oriunda de la comunidad de El Jazmín, corregimiento de El Pájaro, distrito de Pesé. Fue detectada con síntomas del síndrome cardiopulmonar por hantavirus.

La paciente fue llevada el 6 de febrero al Hospital General 'Dr. Cecilio Augusto Castellero' de Chitré, con síntomas como fiebre y dificultades para respirar, e inmediatamente trasladada al Hospital 'Dr. Gustavo Nelson Collado Ríos', tras una prueba de IGM con resultado positivo para hantavirus. Seguidamente fue ingresada a la unidad de cuidados intensivos, con pronóstico reservado.

Las autoridades de Salud recomendaron realizar la limpieza de lugares cerrados antes de habitarlos y evitar el almacenamiento de granos dentro de las residencias.

La provincia de Los Santos es una área preferida por los roedores, porque en varias de sus comunidades se siembra y se cosecha maíz y arroz.⁴

⁴ Varias especies de hantavirus pueden estar presentes en Panamá. No es posible deducir la identidad del patógeno a partir de este informe. Previamente se han aislado dos hantavirus en Panamá: el virus Choclo (reservorio *Oligoryzomys fulvescens*) y el virus Calabazo (reservorio *Zygodontomys brevicauda*). Solo el primero se ha asociado con el síndrome pulmonar por hantavirus.

Una nueva garrapata con potencial para propagar enfermedades fatales en el ganado se está propagando rápidamente en la Región Africana, advirtieron científicos en Kenya. La garrapata azul (*Rhipicephalus microplus*), que es vector de patógenos que pueden transmitirse a las personas, era rara hasta hace poco en África, pero fue trasladada al continente desde Asia por el ganado exportado a través de Madagascar. Ahora ha proliferado en Kenya, Uganda, Sudán del Sur y Burundi.

“Los ganaderos de la región deben ser conscientes de esta nueva garrapata vectora”, dijo la parasitóloga kenyata Esther Kanduma. La especialista informó que esta especie de garrapata porta los patógenos *Babesia bovis*, *Babesia bigemina* y *Anaplasma marginale*, que causan fiebres por garrapatas a través de la destrucción de los glóbulos rojos. También son transmisibles a los humanos.

“Las infecciones asociadas con *B. bovis* tienen tasas de mortalidad de hasta 70-80%, grandes pérdidas económicas y una alta morbilidad que lleva a una reducción en la producción de leche y carne, y una disminución de los ingresos de los pequeños agricultores”, dijo Kanduma, que trabaja en el Departamento de Bioquímica de la Universidad de Nairobi.

La babesiosis bovina, causada por *B. bovis*, es la enfermedad transmitida por garrapatas más importante en términos de impacto económico a nivel mundial.

Durante los últimos 15 años, la garrapata azul se ha extendido por todo el continente. Se ha registrado en más de 20 países africanos y el patógeno *B. bovis* ya se ha informado en Kenya, Uganda y Nigeria.

“La situación ha cambiado drásticamente luego de los rápidos aumentos de las poblaciones de la garrapata en Tanzania, reemplazando a la autóctona *Rhipicephalus decoloratus* y dos introducciones en diferentes países de África Occidental a través de la importación de ganado infestado de Brasil”, dijo Kanduma.



Garrapata azul (*Rhipicephalus microplus*)

Si bien todo el tiempo se informan nuevos registros de la garrapata invasiva *R. microplus*, aún se desconoce el alcance total de la propagación.

“El mayor problema es que la mayoría de los países africanos tienen una capacidad limitada para diferenciar *R. microplus* de los endémicos *R. decoloratus* y *R. annulatus*”, señaló Kanduma. “Y además, carecen de capacidad, experiencia y análisis adecuados para la detección, el diagnóstico y la vigilancia de *B. bovis*”.

El diagnóstico de las enfermedades transmitidas por garrapatas se realiza mediante la observación de signos clínicos, a veces combinados con microscopía, métodos que no son específicos ni sensibles, especialmente en animales inmunes portadores y aquellos con infecciones mixtas.

Los científicos dicen que es probable que la prevalencia de la garrapata invasora en África evolucione rápidamente dada la amplia gama de huéspedes animales, el pastoreo y el incontrolado comercio transfronterizo de animales.

Los científicos también señalan que el cambio climático tiene efectos directos en el desarrollo biológico y la adaptación de las especies y los patógenos que transmite, ya que prefieren condiciones cálidas y húmedas. La vida silvestre de África también es un reservorio de garrapatas y patógenos transmitidos por garrapatas, y la interacción desenfrenada de vida silvestre y ganado es un factor adicional en la propagación.

Un trabajo del Instituto Internacional de Investigación Ganadera en Nairobi, la Universidad de Nairobi y la Universidad Estatal de Washington está diseñando formas de mapear la garrapata a través de sensores remotos y sistemas de información geográfica.

“No se han desarrollado evaluaciones de riesgos, sistemas de vigilancia o estrategias de control para las garrapatas invasoras y la babesiosis para los países africanos afectados”, agregó.

“El aumento de las precipitaciones da como resultado una mayor cobertura vegetal y de los pastos, lo que aumenta el número de posibles criaderos de vectores”, dijo Kanduma.

La rápida dispersión de la garrapata está impulsada por el comercio transfronterizo de ganado, en gran parte descontrolado en una región con fronteras internacionales porosas en su mayoría, donde no existen o no se pueden hacer cumplir las medidas de cuarentena. A medida que se acelere el cambio climático, este comercio se intensificará y diseminará la garrapata a nuevas áreas que sean ecológicamente adecuadas. De hecho, están pidiendo a los gobiernos africanos que proporcionen servicios especializados de extensión ganadera que ofrezcan apoyo técnico e informativo a los agricultores y pastores.

El equipo ha diseñado enfoques estratégicos para controlar la garrapata en países africanos que incluyen el uso de sensores remotos y un sistema de información geográfica para mapear dónde se encuentran las garrapatas invasoras y *B. bovis*, vinculando la distribución con factores antropogénicos que contribuyen a la propagación y con factores eco-climáticos. Recomiendan el uso de herramientas y mapas de modelado de distribución de garrapatas para guiar los planes de control y manejo de garrapatas específicos de la región, así como para predecir los puntos críticos de brotes de enfermedades para un control más proactivo de la enfermedad.⁵

⁵ Este informe enfatiza el riesgo que significa el traslado no solo animales con sus enfermedades de importancia económica, como la anaplasmosis, sino también la garrapata vector que las transmite. El movimiento transfronterizo descontrolado de ganado requiere un amplio enfoque internacional para la vigilancia de la garrapata, que ya está en marcha. El control de las garrapatas es difícil, especialmente cuando son comunes los pequeños rebaños de propiedad individual, como es el caso en África Oriental. Es de esperar que sean desarrollados e implementados regionalmente los esfuerzos de control.



PHILIPPINES NEWS AGENCY

FILIPINAS

UN BROTE DE CÓLERA EN SILANGANG
DABAW CAUSA SEIS MUERTES

07/02/2022

Un brote de cólera en la ciudad de Caraga, en Silangang Dabaw, que comenzó el 31 de enero, ha provocado la muerte de hasta seis personas, confirmó el 7 de febrero el gobierno provincial. El total de casos reportados en la ciudad llegó a 491. De esa cifra, 84 personas siguen ingresadas en diversos hospitales de la provincia.

Karen Lou Deloso, oficial de información provincial, dijo que la Oficina Provincial de Salud comenzó a recibir informes de residentes que experimentaron diarrea el 29 de enero, en los que la mayoría de los pacientes habían experimentado síntomas como diarrea, vómitos y dolor de estómago.

Agregó que el Departamento de Salud confirmó recientemente a partir de las muestras enviadas que se trataba de un brote de cólera.

La Oficina Provincial de Salud, dirigida por la Dra. Reden Bersaldo, lanzó de inmediato una respuesta sanitaria masiva de emergencia para abordar el brote de cólera en curso en el municipio de Caraga.

Bersaldo dijo que los equipos ayudarán en la vigilancia activa, el tratamiento y el seguimiento, y la coordinación para ayudar a contener el brote.

El gobierno provincial también desplegó el primer lote de personal de Gestión y Reducción del Riesgo de Desastres (DRRM) en Respuesta de Salud a Brotes de Enfermedades de Transmisión Hídrica para fortalecer el equipo de respuesta de la unidad de gobierno local.

El equipo de 21 personas de la Oficina Provincial de Salud está compuesto por médicos, enfermeras, inspectores sanitarios y personal de apoyo. “La vigilancia activa incluirá una encuesta casa por casa de las familias para evaluar el estado de hidratación. La Oficina Provincial de Salud, a través de su unidad de DRRM, ayudará a montar el Centro de Operaciones en la unidad de gobierno local”, dijo Bersaldo.

La semana pasada, el gobierno provincial entregó suministros, medicamentos y otra logística a la unidad de gobierno local afectada.

Además de proporcionar suministros médicos y mano de obra adicional, el gobernador Nelson Dayanghirang también ordenó a las oficinas correspondientes que ayudaran a las familias de las personas que murieron a causa del brote.

El Concejo Municipal de Caraga aún debe deliberar sobre la declaración de estado de calamidad en el municipio.

Una mujer de Londres y una pareja heterosexual de Midlands, los tres de entre 20 y 30 años de edad, han sido diagnosticadas recientemente con una cepa de *Neisseria gonorrhoeae* resistente al antibiótico ceftriaxona.

La ceftriaxona es el principal antibiótico que se usa para tratar la gonorrea en el Reino Unido y estar infectado con una cepa resistente a la ceftriaxona significa que este antibiótico no tratará fácilmente la infección. Todavía se esperan pruebas de seguimiento para ver si el tratamiento ha tenido éxito en estos tres casos recientes.

Se están realizando más investigaciones de salud pública, pero actualmente no se conocen conexiones entre los casos de Londres y Midlands.

La resistencia a la ceftriaxona es más común en la región de Asia-Pacífico y ocasionalmente se detecta en el Reino Unido en personas que visitaron o se mudaron al Reino Unido desde esta región.

La Dra. Katy Sinka, Jefa de la Sección de Infecciones de Transmisión Sexual de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA), dijo: “Después de un par de años sin casos de esta forma de gonorrea difícil de tratar, hemos identificado cuatro casos en los últimos dos meses. Es demasiado pronto para afirmar si este será el comienzo de una tendencia a más largo plazo, pero sabemos que las infecciones de transmisión sexual (ITS) están aumentando a nivel general”.

“Contraer una ITS no es tan simple como tomar algún medicamento y el enfermo puede seguir con su vida; si no se trata adecuadamente, puede tener un impacto a largo plazo en su salud y la de su pareja. Agregar la resistencia a los antibióticos a la mezcla hace que el impacto en su vida sea aún mayor”.

“Hay métodos simples que se deben adoptar para reducir el riesgo de contraer gonorrea y otras ITS: usar condones de manera constante y correcta con todas las parejas nuevas u ocasionales; realizarse pruebas de detección de ITS con regularidad y, si se presenta algún síntoma, como secreción inusual, no tener relaciones sexuales hasta realizarse la prueba”.

Las pruebas de ITS son gratuitas y están disponibles a través de servicios de automuestreo en línea o poniéndose en contacto con los servicios locales de salud sexual. La UKHSA monitorea activamente y actúa sobre la propagación de la resistencia a los antibióticos en la gonorrea y los posibles fracasos del tratamiento y, cuando se identifican cepas resistentes a la ceftriaxona, implementa medidas de salud pública inmediatas para limitar una mayor propagación.



El 8 de febrero de 2022 fue declarada una epidemia de sarampión en la Zona Sanitaria de Miabi, en la provincia de Kasai-Oriental.

La situación fue confirmada por el ministro provincial de salud de Kasai-Oriental, Dr. Célestin Kadima Lufuluabo, quien indicó que se confirmaron siete casos de un total de 22 sospechosos de esta enfermedad en la Zona Sanitaria de Miabi.

“Entre los 22 casos sospechosos entre la población infantil de la Zona Sanitaria de Miabi, se tomaron las primeras nueve muestras y se enviaron al laboratorio del Instituto Nacional de investigación Biomédica, en Kinshasa, que confirmó siete casos positivos de sarampión. Ante esta situación, el Gobierno Provincial, a través de su Ministerio de Salud, declaró a partir del 8 de febrero, la epidemia de sarampión en la Zona Sanitaria de Miabi”, expresó.

El Ministro de Salud provincial aseguró que se han tomado todas las medidas para erradicar esta epidemia.

“Ya están sobre el terreno los servicios técnicos de la Dirección Provincial de Salud así como todos nuestros socios técnicos y financieros. Invito a la población de la Zona Sanitaria de Miabi en particular, y a la de la provincia de Kasai-Oriental en general, a respetar las medidas de higiene y prevención, el calendario de vacunación y a concurrir al centro de salud más cercano si su niño presenta los siguientes signos reveladores: fiebre, diarrea y erupción cutánea”, instó.

Cabe señalar que la provincia de Kasai-Oriental no registró casos de sarampión en 2021.

También en Sud-Ubangi

El ministro provincial de salud de Sud-Ubangi, Malachie Adugbia Likundu, confirmó el 7 de febrero de 2022, que esta enfermedad ha reaparecido en cuatro zonas sanitarias de las 16 que conforman la provincia: Gemena, Budjala, Bulu y Ndage.

La autoridad ministerial de salud de esta provincia congoleña dijo que está a la espera de los informes de estas zonas sanitarias para comunicar las estadísticas de los nuevos casos identificados.

Agregó que se están haciendo arreglos para lanzar la vacunación contra el sarampión en estas cuatro zonas sanitarias de Sud-Ubangi para proteger a la población de esta enfermedad.

Recientemente, esta enfermedad fue declarada en las zonas sanitarias de Gemena y Bogose Nubea. Pero fue controlado por las autoridades sanitarias de Sud-Ubangi, con el apoyo de sus socios, en particular la organización Médicos sin Fronteras.



ELIMINARON LAS RESTRICCIONES POR LA COVID-19 Y YA NO LA CONSIDERAN UNA ENFERMEDAD CRÍTICA

09/02/2022

Suecia eliminó el 9 de febrero todas las restricciones vigentes por la pandemia de COVID-19 debido al alto porcentaje de población vacunada y a la menor peligrosidad de la variante Omicron del SARS-CoV-2.

Suecia se une así a Dinamarca, primer país de la Unión Europea (UE) en levantar todas las restricciones el pasado 1 de febrero, y ya no considera a la COVID-19 una enfermedad “crítica” para la sociedad, aunque se mantiene el alto contagio en el país, con cifras récord.

Los bares y restaurantes podrán continuar abiertos a partir del 9 de febrero después de las 23:00 horas y desaparecerán todos los límites de aforo en actos públicos, así como la recomendación de trabajar desde casa, de reducir los contactos en interiores y de usar barbijo en el transporte público, que en Suecia nunca ha sido obligatorio.

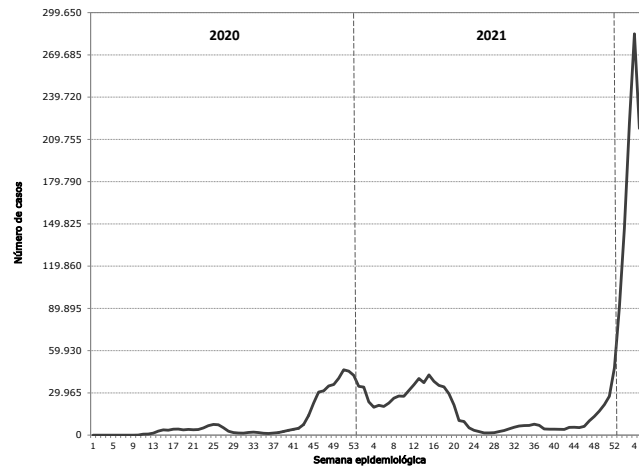
Se mantienen no obstante algunos consejos como quedarse en casa si se tienen síntomas, cuarentena de cinco días para personal sanitario contagiado y evitar las aglomeraciones para los no vacunados.

Los viajeros procedentes de la UE y del Espacio Económico Europeo (EEE) podrán entrar libremente en Suecia sin tener que presentar un test de COVID-19.

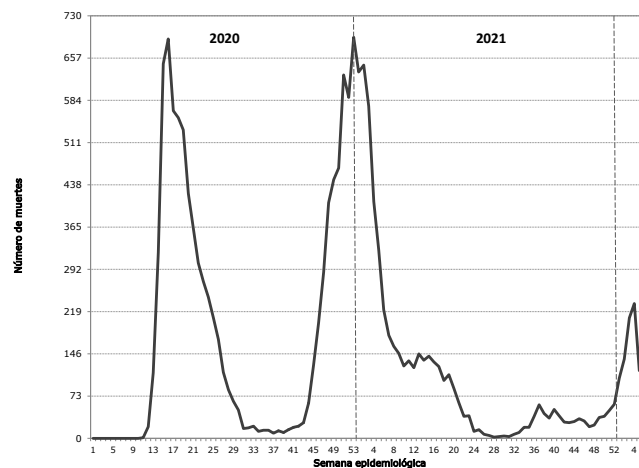
El 83,8% de los suecos mayores de 12 años han recibido la pauta completa de la vacuna, y 53,1% de los mayores de edad, la dosis de refuerzo.

Tras apostar por muchas recomendaciones y apelar a la responsabilidad individual en la primera ola, las autoridades suecas introdujeron más restricciones a partir de la segunda, en el otoño boreal de 2020, y han mantenido esa línea desde entonces.

El índice de mortalidad sueco es de 157,31 cada 100.000 habitantes, más del doble que Dinamarca y cinco veces más que Finlandia, pero por debajo de la mayoría de los países europeos.



Casos confirmados de COVID-19. Suecia. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 5 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 8 de febrero de 2022, 16:33 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Suecia. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 5 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 8 de febrero de 2022, 16:33 horas.

Las características clínicas y de imagen de las infecciones emergentes de COVID-19 en pacientes completamente vacunados tienden a ser más leves que las de los pacientes parcialmente vacunados o no vacunados, según un [nuevo estudio multicéntrico](#).

Las vacunas contra la COVID-19 son herramientas efectivas y críticas para controlar la pandemia. Sin embargo, las vacunas no son 100% efectivas para prevenir enfermedades. Las infecciones emergentes se definen como la detección de ácido ribonucleico (ARN) o antígeno del SARS-CoV-2 en una muestra respiratoria recolectada de una persona 14 días o más después de recibir todas las dosis recomendadas de las vacunas contra la COVID-19.

Los casos innovadores van en aumento con la altamente transmisible variante Omicron. Por lo tanto, es importante saber cómo la vacunación afecta no solo la gravedad de la COVID-19, sino también los datos clínicos y los resultados de las imágenes médicas.

Aunque el riesgo de infección es mucho menor entre las personas vacunadas, y la vacunación reduce la gravedad de la enfermedad, los datos clínicos y de imágenes de las infecciones emergentes de COVID-19 no se han informado en detalle. El propósito de este estudio fue documentar las características clínicas y de imagen de las infecciones emergentes de COVID-19 y compararlas con las de las infecciones en pacientes no vacunados.

Este estudio multicéntrico retrospectivo de cohortes analizó datos de pacientes adultos registrados en la Cohorte Coreana de Imágenes para COVID-19 (KICC-19), un repositorio de datos abiertos para COVID-19, entre junio y agosto de 2021.

Los pacientes hospitalizados con las radiografías de tórax basales se dividieron en tres grupos, según su estado vacunal. Luego se evaluaron las diferencias entre las características clínicas y de imagen y se analizaron las asociaciones entre los factores clínicos, incluido el estado de vacunación, y los resultados clínicos.

De los 761 pacientes hospitalizados con COVID-19, la edad media fue de 47 años, y 385 (51%) eran mujeres. Cuarenta y siete pacientes (6,2%) estaban completamente vacunados (infección de avance), 127 estaban parcialmente vacunados (17%) y 587 (77%) no estaban vacunados.

Se realizaron tomografías computarizadas (TC) de tórax en 412 (54%) de los pacientes durante la hospitalización. De los pacientes que se sometieron a TC, la proporción de TC sin neumonía fue de 22% (71/326) en los pacientes no vacunados, de 30% (19/64) en los pacientes parcialmente vacunados y de 59% (13/22) de los pacientes completamente vacunados.

Los resultados también mostraron asociaciones entre el riesgo de enfermedad grave y características clínicas como mayor edad, antecedentes de diabetes, linfocitopenia, trombocitopenia, lactato deshidrogenasa elevada y proteína C reactiva elevada. En particular, también se descubrió que la edad es un predictor importante de una enfermedad más grave en pacientes con COVID-19, incluso en aquellos con una infección avanzada.

Los investigadores señalaron que las diferencias observadas en las características clínicas pueden reflejar diferencias en las prioridades de vacunación en función de las comorbilidades subyacentes. Durante el período de estudio, los grupos de alto riesgo, como las personas mayores de 65 años, los trabajadores de la salud y las personas con discapacidad, fueron obje-

tivos prioritarios para la vacunación contra la COVID-19. Por lo tanto, los pacientes de edad avanzada y los pacientes con al menos una comorbilidad fueron más frecuentes en el grupo vacunado que en el grupo no vacunado del estudio.

A pesar de estas diferencias, la ventilación mecánica y la muerte en el hospital ocurrieron solo en el grupo no vacunado. Además, después de ajustar las características clínicas iniciales, el análisis mostró que los pacientes completamente vacunados tenían un riesgo significativamente menor de requerir oxígeno suplementario y de ingreso en la unidad de cuidados intensivos que los pacientes no vacunados.

Aunque se necesitará investigación adicional a medida que surjan diferentes variantes, este estudio arroja luz sobre la efectividad clínica de la vacunación contra la COVID-19 en el contexto de infecciones emergentes.



BugBitten

UNA HISTORIA DE DOS FIEBRES: CUANDO
LA MALARIA ES EL PRECIO DEL ORO
AUTOR: KARINA MONDRAGÓN-SHEM⁶

14/01/2022

En muchos lugares del mundo, la malaria está estrechamente relacionada con la minería ilegal del oro: la destrucción del ambiente, el acceso deficiente a la atención médica y la alta movilidad de estas comunidades son solo algunas de las razones detrás del problema.

La extracción de oro, en todas sus formas, causa daños incalculables dondequiera que ocurra. Pero la minería ilegal, que se lleva a cabo sin permiso o regulaciones estatales, puede ser especialmente devastadora y está

indisolublemente ligada a la pobreza y la violencia en países como [Colombia](#), [Nigeria](#) y [Sudáfrica](#). Sin embargo, tiempos desesperados exigen medidas desesperadas. Las dificultades socioeconómicas obligan a muchos a buscar trabajos potencialmente peligrosos para poder sobrevivir e ingresan al mundo de la minería ilegal. Los mineros están expuestos a una [larga lista de peligros para la salud](#), manipulando productos químicos tóxicos, respirando humos nocivos y, en algunos casos, temperaturas sofocantes bajo tierra. Las enfermedades pulmonares y el cáncer son muy comunes, y [no muy lejos está la malaria](#).

La malaria es una enfermedad parasitaria potencialmente mortal transmitida por la picadura de mosquitos *Anopheles*, insectos cuyas primeras tres etapas de vida son acuáticas. [Prosperan en cuerpos de agua](#) como piscinas, canales de riego, pozos, zanjas o embalses que se llenan cuando llueve. La destrucción ambiental producida por la extracción de oro sin restricciones es responsable de la creación de criaderos temporales y permanentes, lo que resulta en una explosión local de poblaciones de mosquitos. Los mineros están continuamente expuestos a la malaria, y la enfermedad se propaga con ellos mientras viajan entre los lugares de trabajo en diferentes regiones.

En las comunidades mineras de América del Sur

Un [estudio reciente](#) en Colombia indicó que entre 2012 y 2018 se reportaron más de 44.000 casos de malaria en la población minera del país. La mayoría de los casos se informaron en



Anopheles albimanus, vector de la malaria en América Central y del Sur.

⁶ Karina Mondragón-Shem es bióloga de vectores con una maestría en parasitología médica y un doctorado en medicina tropical. Está interesada en muchos aspectos de la salud pública, en particular la ecoepidemiología y el impacto social de las enfermedades tropicales.

hombres, pero muchas mujeres y niños también describieron la minería como su principal (o a veces única) fuente de ingresos. A pesar de estos números de casos de malaria, se sospecha que muchos no se notifican, ya que los mineros no tienen acceso a los servicios de atención médica debido a la naturaleza “informal” de sus trabajos. Las infecciones se deben principalmente a *Plasmodium vivax* y *P. falciparum*, y muchos casos asintomáticos dificultan aún más la detección y el tratamiento.



Minería aluvial de oro en Guyana.

En la vecina Venezuela, los investigadores han descrito cómo la minería ilegal de oro es uno de los principales impulsores de la transmisión de la malaria en el sureste del país, asociada a severas modificaciones del paisaje. Específicamente, encontraron que “las lagunas abiertas abandonadas o las excavaciones mineras que quedaron después de la limpieza de la vegetación” fueron responsables de la creación de nuevos sitios de reproducción, favoreciendo a especies como *Anopheles darlingi* y *An. albiparvus*. La grave situación socioeconómica en Venezuela ha favorecido el crecimiento de las actividades ilegales de extracción de oro en áreas donde también se han identificado clústeres de la enfermedad, y un sistema de salud que no funciona contribuye a la propagación de la malaria desde estas zonas a otras partes de Venezuela y países vecinos.

En Guyana, la malaria se concentra principalmente entre las poblaciones mineras, donde los trabajadores migrantes tienen acceso limitado a los servicios de salud y permanecen fuera del sistema de salud pública. Las dos “fiebres” están tan estrechamente vinculadas en este país que los investigadores pudieron desarrollar un modelo para pronosticar las tendencias de la malaria en Guyana en función del precio del oro. Esta variable pareció ser la fuerza impulsora detrás de un aumento en los casos de malaria entre 2008 y 2014, cuando los altos precios del oro aumentaron la actividad minera y motivaron a los hombres (de entre 15 y 50 años de edad) a participar en actividades mineras.

Hacia el sur, en la Amazonía, la deforestación extensiva y los campamentos clandestinos de extracción de oro están aumentando la incidencia de la malaria en los territorios indígenas. Desafortunadamente, el problema sigue sin resolverse porque el sistema de salud tiene dificultades para acceder a las poblaciones en algunas de estas áreas remotas. Debido a la falta de información confiable sobre la malaria, los mineros a menudo se automedican, lo que aumenta el riesgo de resistencia a los medicamentos. En el estado brasileño de Roraima, cerca de Venezuela y Guyana, los mineros suelen ser testigos de la muerte de sus compañeros de trabajo y amigos a causa de la malaria. La migración frecuente a través de las fronteras en busca de trabajo contribuye al riesgo de transmisión de la malaria en la región.

Un problema común en todo el mundo

Y estas situaciones se extienden a muchos otros países. En una mina de oro en Burkina Faso, hasta las tres cuartas partes de los mineros y sus familias pueden infectarse con malaria, y sus condiciones de vida los exponen constantemente a las picaduras de mosquitos. Un distrito minero artesanal en Ghana informó una alta prevalencia de malaria en niños menores de 5 años, y los investigadores encontraron una asociación significativa entre los casos y qué tan cerca vivían estas familias de las minas. En Myanmar, la malaria es una de las afecciones más

comunes entre los mineros, junto con las enfermedades pulmonares. Además, la malaria no es la única enfermedad transmitida por vectores asociada a la minería. También hay registros de un mayor riesgo de leishmaniosis en Guayana Francesa a medida que los mineros ingresan a los bosques para trabajar.

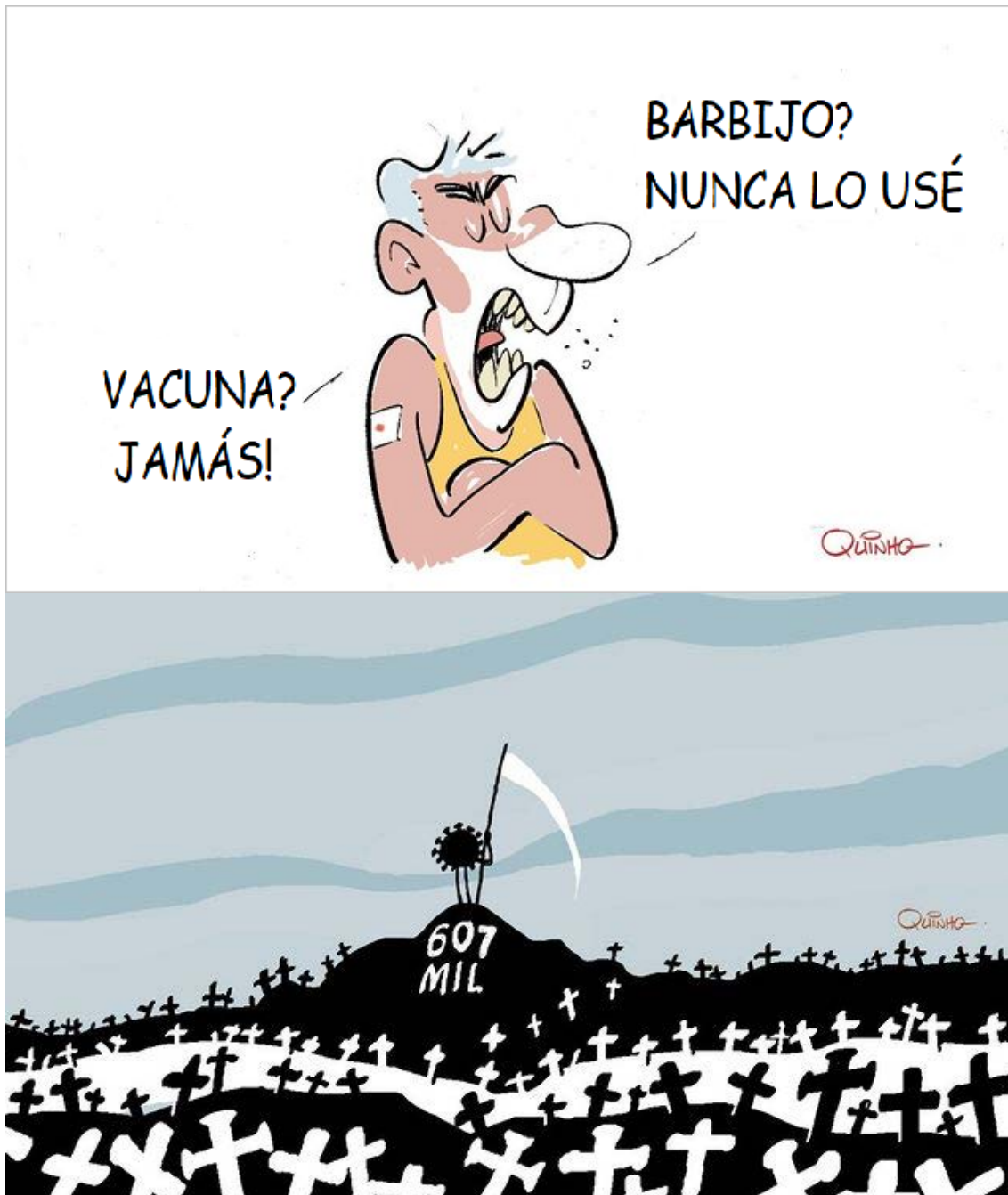


Mina aluvial de oro en Liberia.

El vínculo entre la malaria y la minería de oro no es nuevo. Sin embargo, muchos sistemas de salud pública lo pasan por alto en gran medida, quizás debido en parte a la naturaleza de estas poblaciones privadas de derechos. Se necesitan estudios multidisciplinarios para comprender mejor la transmisión de la malaria en las comunidades mineras (incluidas sus familias y otro personal no minero) para contribuir con políticas de salud factibles hacia el control de la enfermedad.

Ninguno de los mineros del oro volverá a ver el metal, muchos apenas ganan lo suficiente para alimentar a sus propias familias. Sus vidas son el costo real de ese oro, y la malaria es parte del precio que pagan.

Arte y pandemia



Quinho Ravelli (@quinho_cartum).

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

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

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