

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la enfermedad tipo influenza

AMÉRICA

- Bolivia: La enfermedad de Chagas sigue avanzando en Tarija
- Brasil: Cierran guarderías en Guariba, São Paulo, por brote de enfermedad de manos, pies y boca
- Estados Unidos: Se registra un incremento continuo de muertes maternas y desigualdad

- Panamá: Primer caso de hantavirus en la provincia de Los Santos

EL MUNDO

- China: Cuatro nuevos casos humanos de influenza aviar A(H5N6)
- China: Reportan un caso de toxocariosis ocular en un niño de 8 años de Sichuan
- España: El país del sur de Europa en el que más turistas se infectan de leishmaniosis
- España: Detectan casos de shigelosis resistente a los medicamentos
- Francia: Aumento de casos pediátricos de infecciones por *Escherichia coli*
- Togo: Caso mortal de fiebre hemorrágica de Lassa en la región de Savanes
- Ucrania: El conflicto podría provocar oleadas de COVID-19, poliomielitis y otras enfermedades
- Por qué con Omicron es imposible alcanzar la inmunidad de rebaño
- Los anticuerpos mediados por la vacuna ARNm contra la COVID-19 disminuyen en seis meses

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.

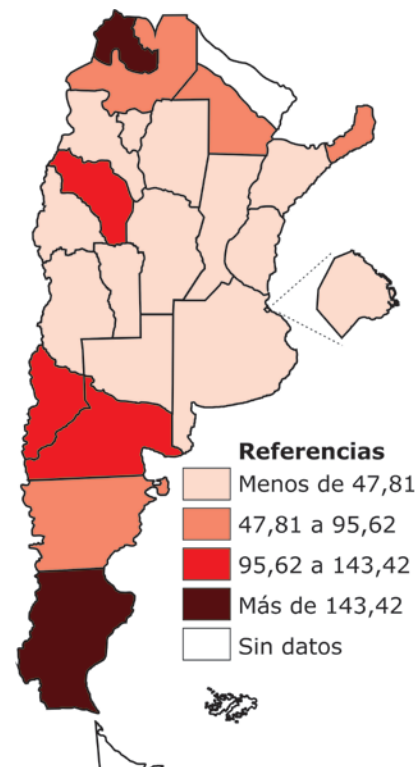
Argentina

BOLETÍN INTEGRADO
DE VIGILANCIA

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE
LA ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA

18/02/2022

Provincia/Región	2014/2019		2021		2022	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	4.241	23,09	1.730	56,19	137	4,45
Buenos Aires	55.139	54,29	5.804	32,77	1.915	10,71
Córdoba	11.997	55,15	1.044	27,49	994	25,91
Entre Ríos	12.007	149,24	978	69,93	245	17,36
Santa Fe	7.419	35,95	207	5,81	58	1,62
Centro	90.803	53,30	9.763	33,04	3.349	11,24
Mendoza	3.172	27,57	397	19,75	180	8,87
San Juan	2.993	66,36	417	52,82	32	4,01
San Luis	767	26,30	100	19,43	102	19,58
Cuyo	6.932	36,62	914	27,58	314	9,38
Chaco	11.028	158,20	1.344	110,50	948	77,22
Corrientes	9.913	152,18	881	77,94	71	6,23
Formosa	8.369	237,56	643	105,41	—	—
Misiones	15.779	217,12	1.626	127,53	1.124	87,23
Noreste Argentino	45.089	185,74	4.494	106,20	2.143	50,18
Catamarca	5.565	230,43	874	208,60	192	45,45
Jujuy	6.542	147,18	1.042	133,72	1.207	153,28
La Rioja	3.928	174,36	869	217,99	453	112,20
Salta	4.693	57,47	688	47,71	822	56,33
Santiago del Estero	4.157	73,46	109	11,03	63	6,31
Tucumán	3.685	37,83	536	31,26	282	16,26
Noroeste Argentino	28.570	87,43	4.118	71,72	3.019	52,00
Chubut	1.989	56,90	189	30,04	387	60,54
La Pampa	924	44,29	103	28,50	25	6,86
Neuquén	1.246	32,80	140	20,82	721	105,92
Río Negro	2.762	64,51	1.150	151,91	971	126,70
Santa Cruz	1.454	72,55	314	83,79	734	191,23
Tierra del Fuego	267	28,05	4	2,25	—	—
Sur	8.642	52,00	1.900	63,92	2.838	94,08
Total Argentina	180.036	68,49	21.189	46,26	11.663	25,23

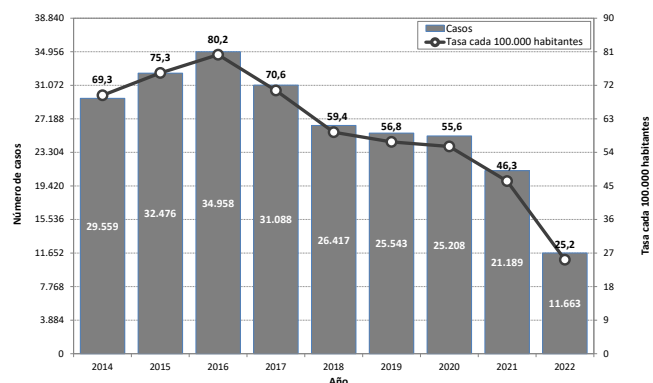


Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 habitantes de enfermedad tipo influenza. Argentina. Años 2014/2019, 2021 y 2022, hasta semana epidemiológica 4. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Tasa de notificación de enfermedad tipo influenza cada 100.000 habitantes. Argentina. Año 2022, hasta semana epidemiológica 4. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 4, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 11.663 casos. La tasa de incidencia de este período es 45,46% inferior a la correspondiente a igual intervalo de 2021. Seis provincias presentan una mayor incidencia que en igual periodo del año 2021: Chubut, Jujuy, Neuquén, Salta, San Luis y Santa Cruz.

Asimismo, la incidencia del año 2022, hasta la SE 4, equivale a 36,83% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Cinco provincias presentan una mayor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019: Chubut, Jujuy, Neuquén, Río Negro y Santa Cruz.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2022, hasta semana epidemiológica 4. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En base a los datos de las primeras 4 SE de los últimos nueve años, se observa un pico en el año 2016, a partir del cual se produce en general una tendencia en descenso. Sin embargo, los casos notificados en el año 2022 son claramente inferiores respecto de los registros de los años previos.

La llegada de la pandemia de COVID-19 eclipsó la atención de varias otras patologías, entre ellas la enfermedad de Chagas, que de manera silenciosa continúa avanzando en Tarija. Según datos de la gestión 2021, de cada 10 mujeres embarazadas analizadas en el departamento, dos son positivas.

El responsable del Programa Chagas del Servicio Departamental de Salud (SEDES), Eduardo Rueda, detalló que durante la gestión 2021 se han vuelto a reanudar con trabajos de control vectorial, vigilancia epidemiológica y la atención del infectado, tras haber sido notoriamente afectados en el 2020, cuando llegó la pandemia.

De acuerdo a la sistematización de los datos de la enfermedad de Chagas, correspondiente a la gestión 2021, el informe del SEDES señala que ha sido estudiado un total de 4.806 mujeres que acudieron a algún centro de salud para su control prenatal, de las cuales 895 dieron positivo a la enfermedad, es decir, la prevalencia es de 18,62%.

De estas 895 mujeres embarazadas portadoras de la enfermedad, solamente 13 dieron a luz niños que han nacido con la enfermedad, de los cuales todos han sido sometidos a un tratamiento.

En cuanto a los municipios con mayor índice de prevalencia de la enfermedad de Chagas, 32% de las mujeres embarazadas que dieron positivo corresponden a Cercado; le sigue Yacuiba con 26%; Entre Ríos, Uriondo y Villa Montes suman el 21%, y el porcentaje restante, con menor incidencia afecta a Bermejo, Padcaya, El Puente y Yunchará.

En cuanto a los datos de enfermedad de Chagas crónica infantil, en niños de 1 a 15 años de edad, durante la gestión 2021, se estudiaron 289 niños, de los cuales 16 dieron positivo, lo que se traduce en una prevalencia de 5,54%.

De los 16 niños positivos, solamente seis realizaron tratamiento, y los restantes 10 por diferentes motivos no pudieron iniciarlo, ya sea por distancia, porque es una población migrante o no reúnen las condiciones para realizarlo.

En personas mayores de 15 años, se analizaron 3.002 personas en todo el departamento durante la gestión 2021, de las cuales 665 fueron positivos, lo que se traduce en una prevalencia de 22,15%.

De los 665 positivos adultos, han realizado el tratamiento 147 personas, lo que significa una cobertura de apenas de 22,11%, pero se debe aclarar que no todos los infectados adultos reúnen las condiciones para ello. Por ejemplo, los pacientes no deben ser mayores a 50 años, no

deben tener enfermedades de base como síndromes convulsivos, cirrosis hepática, anemia, sida, etc.

Cabe señalar que, tras dos años de pandemia de COVID-19, el Gobierno ha puesto nuevamente la mirada en las enfermedades tropicales, en este marco, el Ministerio de Salud y Deportes y el Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD) firmaron el 1 de marzo un convenio destinado al fortalecimiento de las acciones de control de la tuberculosis, Bolivia libre de Malaria y la eliminación de la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas, que tendrá una inversión de 16.811.862 dólares y una contraparte del Estado Plurinacional.

El Programa carece de personal y presupuesto

El responsable del Programa Chagas dependiente del SEDES, Eduardo Rueda, dejó entrever las limitaciones por las que atraviesa su unidad, debido a la carencia de recursos económicos y humanos, lo que no permite efectuar con mayor amplitud los trabajos de control vectorial, vigilancia epidemiológica y la atención del infectado.

“Los recursos económicos no son los suficientes, no tenemos mucho presupuesto, pero en la medida de las posibilidades, la atención al infectado siempre se realiza en el sistema de salud”, enfatizó.

La Prefectura de Guariba, São Paulo, suspendió las clases en las guarderías por una semana, a partir del 23 de febrero, tras confirmar 90 casos de la enfermedad de manos, pies y boca entre los menores de 5 años.

Durante el período, los Departamentos de Educación y de Salud realizarán un seguimiento de los casos y realizarán la limpieza de las escuelas.



Según la pediatra e inmunóloga Gizele Cunha, este síndrome altamente contagioso es causado por el virus Coxsackie. Afecta principalmente a niños en edad escolar, y al ser una enfermedad viral, la transmisión es por contacto, principalmente con gotitas de saliva.

“Los principales síntomas son pequeñas ampollas en las manos, boca y en la región del perineo. El niño puede no comer y tener fiebre alta. Lo que pedimos es que lo examinen para ver si hay otros focos de infección, deshidratación y ofrecer líquidos, alimentos ligeros y medicamentos para la fiebre”, explicó Cunha.

Durante el período de infección, el niño necesita estar alejado de sus actividades durante siete días, dijo la médica.

Medidas de la Prefectura

El secretario de Educación de Guariba, João Marques, tomó conocimiento de los casos el 21 de febrero, después de que la dirección de una guardería reportara tres casos de la enfermedad.

“Estuvimos en Vigilancia Sanitaria y en la Secretaría de Salud y empezamos a notar que en la ciudad se habían diagnosticado más casos, sin embargo a las escuelas no se les había comunicado oficialmente por parte de los padres ni de las unidades de salud”.

Según Marques, ante el potencial brote, los directores de las guarderías fueron convocados a una reunión y se realizó un mapeo de los niños que faltaban a las unidades, con 90 casos confirmados hasta el 22 de febrero.

También según el secretario, los cuadros están bajo control y ningún niño necesitó ser hospitalizado.



Un nuevo [informe](#) federal muestra que ha habido un ligero aumento en el número de mujeres que mueren debido al embarazo o el parto cada año en Estados Unidos, y la tasa de mortalidad materna entre las mujeres negras sigue siendo tres veces mayor que la de las mujeres blancas.



El número total de mujeres identificadas que murieron por causas maternas en Estados Unidos aumentó de 658 en 2018 a 754 en 2019 y 861 en 2020, según el nuevo informe del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

El informe también muestra que la tasa de mortalidad materna del país ha aumentado de alrededor de 17 muertes cada 100.000 nacidos vivos en 2018 a 20 muertes cada 100.000 nacidos vivos en 2019 y casi 24 cada 100.000 nacidos vivos en 2020.

Las tasas para las mujeres negras no hispanas fueron significativamente más altas que las tasas para las mujeres blancas no hispanas e hispanas. Los aumentos de 2019 a 2020 para las mujeres negras no hispanas e hispanas fueron significativos. El aumento observado de 2019 a 2020 para las mujeres blancas no hispanas no lo fue.

El informe encontró que en 2020, la tasa de mortalidad materna para las mujeres negras fue de 55,3 muertes cada 100.000 nacidos vivos, 2,9 veces la tasa de las mujeres blancas.

El informe también encontró que las tasas de mortalidad materna aumentaron con la edad, pasando en 2020 de casi 14 muertes cada 100.000 nacidos vivos entre las mujeres menores de 25 años a cerca de 23 muertes cada 100.000 para las que tienen entre 25 y 39 años y casi 108 muertes cada 100.000 para las que tienen 40 años o más. Los datos muestran que la tasa de las mujeres de 40 años o más era 7,8 veces mayor que la de las mujeres menores de 25 años.

El nuevo informe se basa en los datos nacionales de mortalidad del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales de los CDC, y se definió la muerte materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días siguientes al mismo.

Una tendencia continua

El aumento de la tasa de mortalidad materna identificado en el nuevo informe no es algo nuevo. La tasa de mortalidad relacionada con el embarazo en Estados Unidos ha aumentado de forma constante en las últimas tres décadas.

El nuevo informe sugiere que el incremento de la mortalidad materna continuó durante los primeros días de la crisis de la COVID-19, pero un portavoz del NCHS explicó que los investigadores necesitan realizar más estudios para determinar exactamente cómo la pandemia podría estar relacionada con la salud materna.

“La contribución de la COVID-19 al aumento de las muertes maternas aún no ha sido examinada en su totalidad por el NCHS; sin embargo, una revisión inicial de la causa de la muerte entre las muertes maternas indica que puede ser difícil discernir el papel que desempeñó la COVID-19 en una muerte materna”, dijo el portavoz del NCHS.

Los profesionales de la salud y los grupos de defensa han sonado las alarmas de que la pandemia, que ha afectado de forma desproporcionada a las comunidades de color y ha puesto a prueba los recursos del sistema sanitario del país, puede aumentar aún más las barreras para la atención de las personas embarazadas.

El aumento de la atención sobre las disparidades en la asistencia médica ha impulsado a los legisladores federales a actuar. El año pasado, la diputada Lauren Underwood, la diputada Alma Adams, el senador Cory Booker y los miembros del grupo de legisladores de Salud Materna Negra presentaron la Ley “Momnibus” de la Maternidad Negra, un amplio paquete bipartidista de proyectos de ley que tiene como objetivo proporcionar apoyo pre y postnatal a las madres negras, pero la mayoría de los proyectos de ley del paquete todavía están abriéndose camino en el Congreso.

Mientras tanto, Estados Unidos tiene la tasa de mortalidad materna más alta de todos los países desarrollados, según el Commonwealth Fund y los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud. Mientras que las tasas de mortalidad materna se mantienen sin cambios o aumentan en Estados Unidos, disminuyen en la mayoría de los países.

El director regional de Salud de Los Santos, Ayvar Hernández, confirmó el primer caso de hantavirus en la provincia en lo que va de 2022.

Se trata de una mujer de 38 años de edad procedente del corregimiento de Las Palmitas, en el distrito de Las Tablas, quien fue hospitalizada el 27 de febrero tras dos días con sintomatología respiratoria. Actualmente se mantiene estable.

De acuerdo con Hernández, durante 2021 todos los casos de hantavirus registrados en Los Santos se registraron en Tonosí.

El 11 de febrero, el Ministerio de Salud informó sobre la primera defunción en la provincia de Herrera. También se trató de una mujer de 58 años oriunda de la comunidad de El Jazmín, corregimiento de El Pájaro, distrito de Pesé.

El Ministerio de Salud aseguró que se intensificó la vigilancia en comunidades cercanas.

Las infecciones por hantavirus en las provincias centrales de Panamá, incluidas Herrera y Los Santos, son comunes y todos los años ocurren casos allí.

Aunque el actual informe no indica qué hantavirus es responsable de estos dos casos, un reporte previo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el virus Choclo es el hantavirus identificado en casos anteriores, según el análisis de la secuencia genómica. Curiosamente, el virus Choclo nunca se menciona en los informes de prensa de Panamá, incluido este. Es tranquilizador saber que el virus responsable de los casos descritos en el informe de la OMS mencionado anteriormente, o al menos aquellos en los que se tomaron muestras y se realizaron pruebas de diagnóstico, confirma la conclusión que el virus Choclo es el involucrado.

Anteriormente se sugirió que el hantavirus Seoul podría estar involucrado en algunos de los casos en las Américas, incluido Panamá. El roedor reservorio del virus Seoul es la omnipresente rata parda (*Rattus norvegicus*). Presuntamente, el análisis genómico del laboratorio del Instituto Conmemorativo 'Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud habría detectado este virus. No obstante, los laboratorios de diagnóstico deben ser conscientes de esta posibilidad y buscarla.

El roedor hospedador del virus Choclo es la rata arrocera pigmea (*Oligoryzomys fulvescens*). Este roedor vive dentro y alrededor de las áreas agrícolas y las casas y edificios adyacentes. Puede infectarse persistentemente con el virus y excretarlo en la orina, las heces y la saliva, la fuente de infección humana.



CHINA

CUATRO NUEVOS CASOS HUMANOS
DE INFLUENZA AVIAR A(H5N6)

28/02/2022

El Centro de Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de la Región Administrativa Especial de Hong Kong, está monitoreando de cerca cuatro casos humanos de influenza aviar A(H5N6) en China continental, y nuevamente instó a la población a mantener una estricta higiene personal, alimentaria y ambiental tanto localmente como durante los viajes.

El detalle de los casos es el siguiente:

- Niña de 6 años, oriunda de la ciudad de Yangzhou, provincia de Jiangsu. Desarrolló síntomas el 20 de enero y fue admitida para su tratamiento el 25 de enero. Actualmente se encuentra en condición crítica. Relató antecedentes de exposición a aves de corral vivas.
- Hombre de 48 años, oriundo de la ciudad de Chengdu, provincia de Sichuan. Desarrolló síntomas el 23 de enero y fue admitido para su tratamiento el 24 de enero. Actualmente se encuentra en condición crítica. Relató antecedentes de exposición en un mercado de aves de corral vivas.
- Hombre de 46 años, oriundo de la ciudad de Fuzhou, provincia de Fujian. Desarrolló síntomas el 28 de enero y fue admitido para su tratamiento el 3 de febrero. Falleció el 10 de febrero. Relató antecedentes de exposición a aves de corral muertas.
- Hombre de 35 años, oriundo de la ciudad de Hechi, provincia de Guangxi. Desarrolló síntomas el 31 de enero y fue admitido para su tratamiento el 5 de febrero. Actualmente se encuentra en condición crítica. Relató antecedentes de exposición a aves de corral muertas.

Desde 2014 hasta la fecha, las autoridades sanitarias de China continental han notificado 71 casos humanos de influenza aviar A(H5N6).

Todas las infecciones por nuevos virus de influenza A, incluido A(H5N6), son enfermedades de declaración obligatoria en Hong Kong.

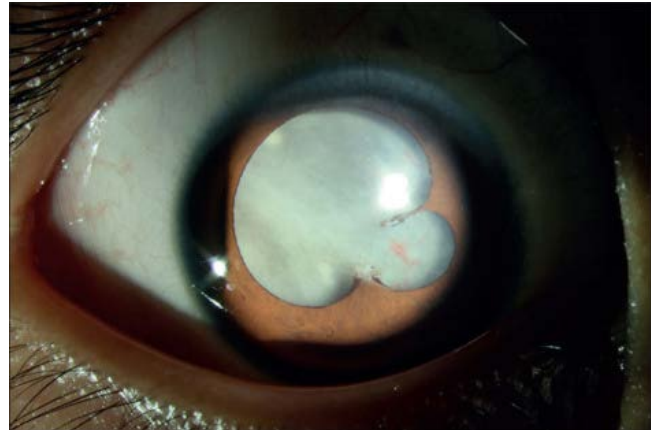
Los viajeros a China continental u otras áreas afectadas deben evitar visitar mercados de aves de corral vivas o granjas. Deben estar alerta a la presencia de aves de corral cuando visiten a familiares y amigos. También deben evitar comprar aves de corral vivas o recién sacrificadas y evitar el contacto con aves de corral o sus excrementos. Deben observar estrictamente la higiene personal y de manos cuando visiten cualquier lugar con aves de corral vivas.

Los viajeros que regresen de las áreas afectadas deben consultar a un médico de inmediato si se presentan síntomas e informar de su historial de viajes para un diagnóstico y tratamiento oportunos de posibles enfermedades. Es fundamental informar al médico si han estado en

contacto con aves de corral vivas durante el viaje, lo que puede implicar una posible exposición a ambientes contaminados. Esto permitirá al médico evaluar la posibilidad de influenza aviar y organizar las investigaciones necesarias y el tratamiento apropiado de manera oportuna.

Mientras estén vigentes medidas locales de vigilancia, prevención y control, el CHP permanecerá alerta y trabajará en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud y las autoridades sanitarias pertinentes para monitorear los últimos desarrollos.

Se informó un caso de leucocoria causado por toxocariosis, en un niño de 8 años que concurrió al Centro de Oftalmología Zhongshan de la Universidad Sun Yat-Sen. El niño presentaba una mancha blanca en la pupila de su ojo derecho desde hacía más de 2 meses. La visión de su ojo disminuyó hasta el punto de que apenas podía ver sus dedos. Los exámenes microscópicos y ultrasonográficos revelaron cataratas en todo el ojo del niño, con desprendimiento de retina.



Leucocoria por toxocariosis ocular en un niño de 8 años.

La investigación epidemiológica comprobó que el niño tenía la costumbre de jugar con sus perros, los que nunca habían sido desparasitados. Con base en las manifestaciones clínicas de los ojos, combinadas con el consenso de casos del Centro de Investigación de Enfermedades Parasitarias en Animales de Chuannong y el Centro Oftalmológico de Zhongshan sobre enfermedades parasitarias zoonóticas, los académicos de las dos escuelas inicialmente sospecharon que el niño podría estar infectado con ascaridiosis canina.

La especulación pronto fue confirmada por los dos equipos con pruebas de serología de laboratorio. El suero del niño contenía una gran cantidad de anticuerpos IgG positivos específicos de *Toxocara canis* y su nivel (74,82 unidades) excedía con creces el valor crítico normal (0-9). Los anticuerpos IgG específicos para *Toxocara* (58,53 unidades, punto de corte normal 0-32).

Para confirmar aún más el diagnóstico, se llevaron a cabo pruebas de parásitos y tratamiento antiparasitario en el perro mascota del niño. Los resultados del examen fecal y la morfología del parásito confirmaron que el perro presentaba una grave infección por *T. canis*, por lo que se diagnosticó que la leucocoria del niño era causada por una toxocariosis ocular. El niño fue dado de alta 30 días después de una cirugía y tratamiento antiinflamatorio, pero su visión en el ojo derecho no mejoró significativamente durante los seis meses de seguimiento.

T. canis es un parásito zoonótico mundialmente reconocido; esta especie tiene un ciclo de vida complejo que involucra múltiples animales, incluidos los humanos, para hospedadores sucesivos. En humanos, las larvas de *T. canis* pueden invadir varios tejidos y causar larva migrans viscerales, larva migrans oculares, trastornos neurológicos relacionados con la toxocariosis (incluida la meningitis eosinofílica) y/o toxocariosis oculta. Además, algunos estudios clínicos y experimentales también han demostrado una asociación entre la infección por *T. canis* y algunas enfermedades alérgicas como asma, prurito crónico y urticaria.

La toxocariosis ocular en humanos se presenta principalmente en niños en edad escolar, especialmente en grupos con pica o geofagia, quienes suelen infectarse jugando con perros al ingerir por error huevos de *T. canis* que contienen larvas en etapa 2. La toxocariosis ocular es una enfermedad desatendida en el mundo. Es causado por la migración de las larvas de *T. canis* al ojo humano y es de gran importancia en el diagnóstico diferencial de la enfermedad.

Los parásitos del género *Leishmania* causan una variedad de enfermedades en humanos y animales, conocidas como leishmaniosis. En perros es una enfermedad que cursa con síntomas tanto cutáneos como internos. Cuando afecta a órganos internos el pronóstico es grave.



En humanos, la leishmaniosis visceral es una infección parasitaria sistémica caracterizada por fiebre, pérdida de peso, anemia y hepatomegalia y esplenomegalia. Si no se trata, la enfermedad es generalmente letal.

Por otro lado, la leishmaniosis cutánea muestra diferentes niveles de gravedad, desde lesiones benignas únicas que se curan solas hasta presentaciones clínicas complejas con múltiples lesiones en diferentes partes del cuerpo que a menudo son difíciles de tratar con éxito.

La transmisión del parásito se produce a través de flebótomos hembra que se alimentan de sangre. En Europa, el vector se encuentra principalmente en los países del sur, principalmente en los de la Cuenca Mediterránea. En España el perro es el principal reservorio de la leishmaniosis, aunque otros animales como los lagomorfos también pueden ejercer este papel.

Para conocer mejor la leishmaniosis endémica en Europa, un grupo de investigadores de 15 países han llevado a cabo un [estudio](#) en el que han utilizado los datos desde 2014 a 2019 de 33 centros de la red europea LeishMan, lo que lo sitúa como el mayor análisis de las leishmaniosis en Europa hasta la fecha.

De los 1.142 registros, más de la mitad de los casos fueron diagnosticados en cuatro países: Italia (232), Francia (166), Suecia (133) y Bélgica (124). En España se notificaron un total de 86 casos.

La situación de la leishmaniosis en España es motivo de preocupación tanto desde el sector de la salud humana como el de la salud animal. Teniendo esto en cuenta, se recomienda prevenir que los perros se infecten con este parásito, para lo que existen distintos métodos, como la vacunación o los antiparasitarios.

Respecto al estudio, de todos los casos, 68% eran hombres y 32% mujeres. Las infecciones autóctonas representaron 23% de los casos (245), mientras que 77% estuvieron relacionadas con viajes. La mediana de edad en el momento del diagnóstico fue de 37 años y 15% eran menores de 10 años. Los números se estratifican según la enfermedad.

La distribución anual durante 2014-19 muestra que la mayoría de los casos fueron leishmaniosis cutánea (76%), seguida de la visceral (21%); solo 3% presentó afectación mucosa.

El turismo en España exporta leishmaniosis a otros países

En 1.044 casos se clasificó el motivo de estancia en zona endémica, siendo la mayoría turistas (27%). Se tipificó el parásito en 946 casos, la mayoría de los cuales (47%) estaban infectados

con el complejo *Leishmania donovani*, que incluye también *Leishmania infantum*, la especie que afecta a los animales de compañía.

De los 245 casos autóctonos, 212 fueron tipificados y se encontró que estaban infectados con una especie del complejo *L. donovani*. Asimismo, *L. infantum* fue la causante en los 190 casos para los que se determinó la especie.

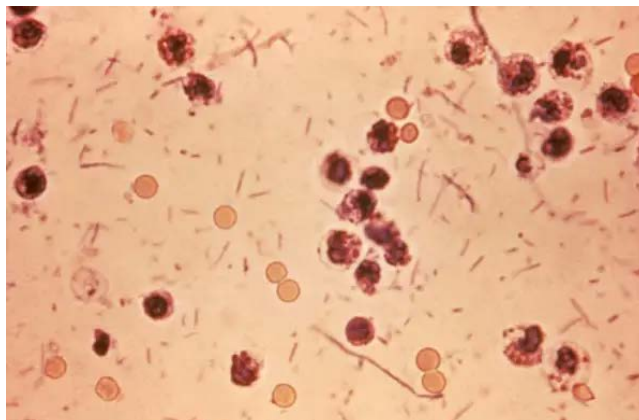
Se determinó el país probable de infección en 946 de 1.142 casos (83%). Estos países se agruparon pragmáticamente en las regiones endémicas, como la Región Mediterránea, que supuso más de la mitad de los casos (521).

La gran mayoría de los casos (más de 60%), tanto de leishmaniosis visceral como cutánea, que fueron viajeros al sur de Europa, se infectaron en España. Esto refleja la popularidad del país como destino de vacaciones.

También se examinaron tendencias relevantes para diferentes subcategorías de las variables. Por ejemplo, la leishmaniosis visceral se adquirió principalmente en países europeos. De los 190 casos de leishmaniosis visceral, 65% fueron infecciones autóctonas y 23% se originaron en viajes a países del sur de Europa (principalmente España) y la Península Balcánica, mientras que solo 12% fueron infecciones adquiridas en otros países.

Por el contrario, 77% de las 750 infecciones de leishmaniosis cutánea se importaron de otros países y, por lo tanto, solo 23% procedían del sur de Europa y la región de los Balcanes.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) detectó un aumento de las infecciones por la bacteria *Shigella sonnei* resistente a los medicamentos. Este brote se ha extendido desde fines del pasado mes de enero por al menos 10 países europeos, donde se han confirmado ya un total de 208 casos, que han afectado mayoritariamente a hombres que practican sexo con hombres (HSH). En España se han diagnosticado ocho casos de una cepa procedente de Reino Unido, aunque se han localizado también otros 22 posibles afectados.



Microfotografía de heces en un paciente con shigelosis.

El ECDC advierte que “la probabilidad de nuevas infecciones en HSH expuestos a prácticas sexuales de alto riesgo y la propagación en los países de la Unión Europea en los próximos meses se evalúa como alta, ya que los brotes entre HSH suelen ocurrir durante largos períodos de tiempo”.

Se trata de una enfermedad que también suele tener bastante prevalencia en niños menores de 5 años, que la suelen adquirir cuando el adulto que les cambia el pañal no se ha lavado las manos. Sin embargo, los especialistas de la ECDC explicaron que “ha habido muy pocos informes de casos de no HSH asociados con el aumento continuo de casos de infecciones por *Shigella sonnei* resistente a los medicamentos”.

Los síntomas de la shigelosis tienen un impacto limitado en el caso de adultos sanos. No obstante, los expertos advirtieron de que puede ser bastante más severo en adultos inmunocomprometidos. Asimismo, también precisaron que el perfil de resistencia de esta cepa limita las opciones de tratamiento, ya sea para acortar la eliminación en casos leves o para tratar casos graves.

Los síntomas suelen aparecer uno o dos días después de que el afectado ha estado expuesto a la bacteria, e incluyen un cuadro sintomático de diarrea (a veces con sangre), fiebre, calambres, dolor abdominal y la sensación de tener que defecar aun cuando no haya heces en el intestino.

Aunque es posible que pasen varios meses hasta que todo vuelva a la normalidad, lo más común es que los síntomas desaparezcan en una semana sin la necesidad de que se suministren antibióticos. Normalmente, en los casos graves de shigelosis, el médico puede recetar antibióticos. No obstante, es posible que las opciones de tratamiento sean más limitadas con esta cepa, que es resistente a la ciprofloxacina.

La complicación de la shigelosis más frecuente es la deshidratación grave como consecuencia de una pérdida excesiva de líquidos y electrolitos, así como una incorrecta reposición de éstos. Los expertos advierten que –en general– el pronóstico es muy bueno para la mayoría de los pacientes, aunque en enfermos con sistemas inmunitarios deficientes pueden existir un mayor número de complicaciones.

Las autoridades sanitarias están investigando la muerte sospechosa de un niño y, en general, un aumento en el número de infecciones graves de niños con la bacteria *Escherichia coli* en Francia desde principios de febrero.

Trece casos en niños de 1 a 15 años ocurrieron en las regiones de Nouvelle Aquitaine (5 casos), Hauts-de-France (3), Ile-de-France (3), Bretagne (1) y Pays de la Loire (1), indicó el 25 de febrero la Agencia de Salud Pública de Francia.

“Un niño falleció”, agregó la agencia, sin especificar la fecha de la muerte ni la edad del niño.

Todos estos niños estaban afectados por el síndrome urémico hemolítico (SUH). Esta enfermedad, cuyo origen suele ser la alimentación, es potencialmente grave para los niños pequeños: es una complicación de un episodio de diarrea a menudo sanguinolenta, que puede provocar insuficiencia renal aguda. Con frecuencia es causada por la bacteria *E. coli*.

La investigación, que abarca todos los casos de SHU pediátrico notificados desde principios de enero (31 hasta el momento), tiene como objetivo identificar una posible fuente común de contaminación y poner en marcha las medidas adecuadas.

“En esta etapa, la investigación epidemiológica no excluye ninguna pista”, indicó la Agencia de Salud Pública de Francia.

Se analizan varias fuentes de contaminación potencial: ingestión de alimentos contaminados crudos o poco cocidos, contaminación por manos sucias que se llevan a la boca, después de tocar animales portadores de la bacteria o su entorno contaminado, contacto con una persona enferma que excreta la bacteria en sus heces.

Cada año, entre 100 y 165 casos pediátricos de síndrome urémico hemolítico son notificados a la Agencia de Salud Pública de Francia, que ha establecido un sistema de vigilancia para esta enfermedad desde 1996.

Para prevenir esta enfermedad, dos categorías de alimentos son especialmente sensibles: la carne molida y los productos elaborados con leche cruda.

En general, los brotes de infecciones por *Escherichia coli* enterohemorrágica no causan el síndrome urémico hemolítico como complicación en más de 10% de los casos. Si hasta el momento se han notificado 13 casos de este síndrome, probablemente se han producido muchos más casos de infección por *E. coli* productora de toxina Shiga. No se ha determinado aún el vehículo o vehículos para la transmisión.

Una persona murió de fiebre hemorrágica de Lassa en el norte de Togo, informaron el 27 de febrero autoridades del Ministerio de Salud, Higiene Pública y Acceso Universal a la Atención.

“El 26 de febrero de 2022 se confirmó un caso de enfermedad por el virus de Lassa. Se trata de una mujer de 35 años, residente en el distrito de Oti-Sud, que falleció por complicaciones de la enfermedad”, subrayó un comunicado de prensa firmado por Moustafa Mijiyawa, Ministro encargado de Salud.

Para preservar a las poblaciones, las autoridades sanitarias han tomado medidas, entre ellas la intensificación de las pesquisas en la comunidad para la búsqueda de posibles casos o muertes y la búsqueda de contactos.

“La enfermedad por el virus de Lassa es una fiebre hemorrágica viral que puede infectar a cualquiera. Es contagiosa y grave. Los humanos generalmente se contaminan por la exposición a la orina o excrementos de roedores infectados”, subraya la nota que invita a la población a estar alerta.

La fiebre hemorrágica de Lassa es una enfermedad zoonótica viral aguda. Es endémica en partes de África Occidental, incluidas Sierra Leona, Liberia, Guinea y Nigeria. Los países vecinos también están en riesgo, ya que el vector animal del virus de Lassa, la rata *Mastomys natalensis*, se distribuye por toda la región.

Togo es uno de los países donde está presente el vector de la enfermedad. La identificación temprana, particularmente mediante el rastreo de contactos, y el tratamiento precoz son clave para prevenir la propagación de la infección.

En la principal estación de tren de Lviv, una ciudad del oeste de Ucrania, donde los desplazados internos se apresuran a subir a los trenes a Polonia o cambiar a otros destinos en Europa, pocos entre la agitada multitud usaban barbijos. Al caer la noche, cientos de personas se acostaron en los abarrotados pisos de piedra o se acurrucaron en las escaleras, respirando el aire denso y bochornoso.

Para estos ucranianos, la atención se centra en escapar de la invasión rusa que se cierne sobre su país, no en esquivar enfermedades como la COVID-19.



Victoria, de 33 años, sostiene a su bebé de tres meses, Mark, en un refugio subterráneo para enfermos pediátricos en un hospital de Kiev, el 1 de marzo.

Pero como [más de medio millón de personas han huido de Ucrania a los países vecinos](#), los funcionarios de salud mundial temen que la invasión rusa sea el último recordatorio de una lección sombría: que la guerra y la enfermedad son compañeros cercanos, y las crisis humanitarias y de refugiados que ahora se desarrollan en Europa del Este tendrá consecuencias duraderas para la salud, exacerbadas por la pandemia de [COVID-19](#).

A medida que se acelera la campaña militar de Rusia, los hospitales de Ucrania se están quedando sin suministros médicos críticos debido a que el conflicto obstaculiza cada vez más los viajes. Los trabajadores sanitarios y los pacientes del país se están reubicando en refugios improvisados, tratando de escapar de las explosiones. Mientras tanto, funcionarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Naciones Unidas (ONU), el Departamento de Estado de Estados Unidos y otras organizaciones advierten sobre el aumento de las víctimas civiles y nuevas presiones sobre los frágiles sistemas de atención médica de la región.

“A lo que nos enfrentamos ahora en Ucrania es a una doble crisis”, dijo Máire Connolly, profesora de salud global en la Universidad Nacional de Irlanda en Galway, quien [estudió](#) el vínculo entre conflicto y enfermedad. En una entrevista, Connolly dijo que estaba preocupada no solo por las amenazas de la pandemia de COVID-19, sino también por el brote de poliomielitis en Ucrania, que los expertos mundiales habían tratado de sofocar durante meses. También dijo que teme el posible resurgimiento de la tuberculosis durante el conflicto actual.

“Como hemos visto en las guerras a lo largo de los años, los virus y las bacterias están felices de explotar aquellas situaciones en las que los seres humanos están bajo presión”, agregó Connolly, citando cómo los refugiados que huyen de los conflictos armados pueden terminar en condiciones de hacinamiento y sin suficiente agua, alimentos y saneamiento. “Estos factores aumentan el riesgo de brotes entre una población que ya está lidiando con el trauma del desplazamiento forzado”.

Si bien los casos de COVID-19 en Europa del Este se han desplomado en las últimas semanas, expertos como Connolly afirman que les preocupa que el conflicto regional desencadene

nuevos picos. Ucrania experimentó algunas de las tasas de COVID-19 más altas del mundo a fines del año pasado y está flanqueada por países con algunas de las tasas de vacunación más bajas de Europa, lo que aumenta la posibilidad de que el movimiento de miles –o millones– de refugiados podría provocar brotes de enfermedades en países vecinos.

“Estoy desconsolado y muy preocupado por la salud de la población en Ucrania en la escalada de la crisis”, dijo Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, en un comunicado cuando comenzó el conflicto la semana pasada. Tedros también compartió un [video](#) en Twitter de recién nacidos en Ucrania siendo atendidos en un refugio antiaéreo improvisado, y calificó las imágenes de “más que desgarradoras”. El 27 de febrero, advirtió que Ucrania ahora está lidiando con una peligrosa escasez de suministros de oxígeno necesarios para tratar la COVID-19 y otras condiciones.



Un niño sigue a su familia a un refugio después de que las sirenas sonaran en la ciudad de Dnipro el 28 de febrero.

“La mayoría de los hospitales agotarán sus reservas de oxígeno en las próximas 24 horas. Algunos ya lo han hecho”, dijo la OMS en un comunicado. “Esto pone en riesgo miles de vidas”.

Los funcionarios estadounidenses, el ministro de salud de Ucrania y otros también acusaron a las fuerzas militares rusas de disparar contra las ambulancias y los hospitales del país, y los expertos siguen preocupados de que el conflicto pueda [perturbar los desechos radiactivos](#) que se almacenan en la planta nuclear de Chernobyl, lo que provocaría más desastres ambientales y sanitarios.

Las organizaciones humanitarias mundiales se han movilizado para reforzar la red de seguridad sanitaria de Ucrania. La OMS, que comenzó a colocar suministros médicos adicionales en Ucrania en noviembre después de que las fuerzas militares rusas comenzaran a concentrarse en sus fronteras, el jueves puso a disposición 3,5 millones de dólares en fondos de emergencia adicionales. La Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) desplegó un equipo de respuesta a desastres en la cercana Polonia, con la intención de ayudar a coordinar la respuesta humanitaria regional y, junto con el Departamento de Estado, proporcionará casi 54 millones de dólares en asistencia adicional. La Casa Blanca también está [buscando 6.400 millones](#) para ayuda de emergencia para la región, gran parte de los cuales se destinarían a asistencia humanitaria.

Funcionarios estadounidenses y expertos externos dicen que se están preparando para nuevas conmociones. “A pesar de los inmensos esfuerzos multinacionales para prepararse para este escenario, sabemos que muchos ucranianos sufrirán innecesariamente a manos de la agresión rusa”, dijo la administradora de USAID, Samantha Power, en un comunicado el 25 de febrero.

Power, que [pasó un tiempo](#) en la frontera entre Polonia y Ucrania este fin de semana, dijo el 28 de febrero que hasta cinco millones de refugiados podrían huir de Ucrania en las próximas semanas.

Los grupos humanitarios y de salud tampoco habían anticipado una invasión desde múltiples direcciones; esperaban que se concentrara en la frontera este del país, donde habían colocado suministros de emergencia con anticipación, dijo Simon Pánek, director ejecutivo de People in Need, una organización humanitaria que trabaja para entregar ayuda.

“Hasta unos días antes de que comenzara la guerra, mis colegas y yo no hablábamos de la posibilidad de que hubiera una ofensiva directa sobre Kiev desde el norte, por ejemplo”, dijo. “Lo que más necesitamos es un transporte seguro al centro y este de Ucrania, pero nadie de afuera puede proporcionarlo”, agregó Pánek, y dijo que su grupo había enviado cinco camiones llenos de suministros el 27 de febrero y que planeaba enviar más ayuda el 1 de marzo.

Mientras tanto, la acelerada campaña militar rusa ha planteado desafíos cada vez mayores, con explosiones en las principales ciudades de Ucrania y más fuerzas militares llegando al país.

“Un sistema de salud no puede funcionar durante una campaña activa de bombardeos”, escribió Rachel Silverman, investigadora de políticas del Centro para el Desarrollo Global, en una serie de mensajes de texto desde Alemania. “Deberán evacuar a los pacientes de los hospitales, todos los servicios de rutina se suspenderán, muchas instalaciones sufrirán daños y los trabajadores de la salud huirán”.

La invasión de Ucrania por parte de Rusia también se produce inmediatamente después de un brote de COVID-19 que se disparó a fines del año pasado y convirtió a la región en un punto crítico mundial. Si bien el número de casos de Ucrania ha disminuido drásticamente, los expertos en salud pública dicen que los grandes movimientos de personas podrían provocar nuevas infecciones en Europa del Este, donde las tasas de vacunación están por debajo de las de los países del Oeste. Solo un tercio de los ucranianos ha recibido al menos una dosis de una vacuna contra la COVID-19, según el proyecto de seguimiento Our World in Data de la Universidad de Oxford, en comparación con más de las tres cuartas partes de las personas en países como Francia, Alemania y Gran Bretaña.

“Es comprensible que la COVID-19 no sea lo más importante para nadie” durante un conflicto armado, escribió Silverman en un mensaje. “Pero tener gente en los subterráneos abarrotados, sin acceso real a los servicios de salud, es una situación terrible. Incluso los casos de COVID-19 más leves pueden ser muy problemáticos si no tiene un lugar para aislarse/recibir atención, y/o si necesita huir a pie”.

Muchos ucranianos ahora buscan refugio en la vecina Polonia, que ha renunciado a sus requisitos estándar de cuarentena y prueba de COVID-19 para esos refugiados.

El ministro de salud de Polonia también anunció el 25 de febrero vacunas gratuitas contra la COVID-19 para los ucranianos.

Pero al igual que Ucrania, Polonia ha tenido un brote grave de COVID-19 en las últimas semanas, y las autoridades dicen que su sistema de salud está lidiando con una importante escasez de mano de obra que ha provocado huelgas y protestas. Alrededor de 59% de la población de Polonia ha recibido al menos una vacuna. Polonia está lista para levantar muchas de sus restantes restricciones por la COVID-19.

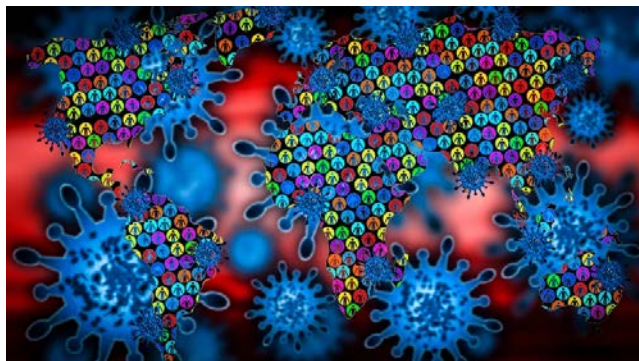
Jarno Habicht, representante de la OMS en Ucrania, dijo que le preocupaba que el conflicto retrasara meses de progreso para vacunar a los ucranianos mientras intensificaba otras crisis de salud regionales, como el brote de poliomielitis.

La invasión de Rusia “tendrá implicaciones en todo el país”, dijo, y agregó que su equipo se estaba moviendo rápidamente para abordar un nuevo conjunto de desafíos de salud. “Nuestras prioridades se han desplazado a la atención traumatológica, garantizar el acceso a los servicios, la continuidad de la atención, la salud mental y el apoyo psicosocial”.

El término forma parte del nuevo “glosario COVID” del que el mundo entero se hizo conocedor desde que el SARS-CoV-2 hizo su irrupción en el mundo en diciembre de 2019.

La inmunidad de grupo, también llamada inmunidad colectiva o inmunidad de rebaño, es un fenómeno bioestadístico que se observa en una población cuando parte de ella se hizo inmune a una enfermedad por contagio

previo o porque fue vacunada y se interrumpe la cadena epidémica entre sus individuos, provocando una forma indirecta de protección contra una enfermedad previniendo que individuos no inmunizados se contagien.



Así, se convirtió en el objetivo a lograr para poner fin a la pandemia.

Sin embargo, las nuevas variantes del virus fueron poniendo a prueba la protección de las vacunas, y un reciente [estudio](#) estimó el umbral de la inmunidad de rebaño frente a la variante Omicron en 95% de la población, un porcentaje, según sus autores, “inalcanzable”.

El estudio abarca un análisis detallado del umbral de inmunidad de rebaño (HIT) de la variante ancestral del SARS-CoV-2, que era la dominante al principio de la pandemia, desde diferentes enfoques.

También cuantifica la influencia de tres factores clave como son la fuente y la calidad de los datos, la evolución de la infectividad en el tiempo y la metodología para estimar el número reproductivo básico (R_0), que es un valor esencial en estos cálculos porque establece a cuántas personas contagiará, en promedio, un infectado a principio de la pandemia.

El análisis detallado del HIT permite estimar indirectamente un nuevo valor de R_0 con las variantes dominantes actuales: Delta y Omicron.

Se debe recordar que la inmunidad de rebaño estaba en 70%, según la establecían comúnmente las fuentes oficiales desde el principio de la pandemia y cuando se inició la vacunación.

Sin embargo, con las nuevas variantes, la inmunidad de rebaño estaría por encima de 90% de la población vacunada frente a la variante Delta y en 95% a la Omicron, tres veces más contagiosa que la anterior.

Lo que ocurre es que cuanto más contagiosa es una variante, mayor deberá ser la inmunidad de rebaño: se requiere un mayor porcentaje de personas vacunadas para que el virus deje de propagarse.

Este porcentaje de 95% es una cifra inalcanzable, incluso aunque se contara con una vacuna capaz de cortar la transmisión. Hay personas que no se pueden vacunar y otras que no quieren vacunarse, a lo que hay que añadir que las vacunas no evitan la transmisión del virus, como se ha comprobado en este fin de año, en las que la población ya estaba altamente vacuna-

da y, aun así, ha sido la ola más fuerte, aunque con consecuencias menores gracias a la protección de las vacunas.

Los resultados presentados son válidos para una población mezclada aleatoriamente con una dinámica de propagación similar a la de España en su conjunto. Sin embargo, incluso las regiones españolas muestran dinámicas diferentes entre sí, lo que puede dar lugar a valores de HIT específicos para cada región.



Ante esto, se debe tener en cuenta, además, que ninguna de las tres vacunas administradas en España es capaz de prevenir completamente la transmisión del virus, por lo que, incluso con 90% de la población vacunada, probablemente no se alcanzará el HIT. Sin embargo, el riesgo de infección se reduce significativamente para las personas vacunadas, lo que reduce directamente el R_0 .

En caso de infección, también disminuye la transmisión del virus, lo que supone que, aunque la transmisión no se impida completamente con las vacunas, cuanto mayor sea la proporción de población vacunada, menor será el umbral de inmunidad de rebaño.

Sobre la distribución de la pandemia por regiones, si se logra la inmunidad de rebaño en la mayoría de los lugares de un país, pero hay algunas regiones específicas o subgrupos de población en una región con un porcentaje de individuos inmunes por debajo del HIT, será posible que se produzcan brotes locales en esas regiones o subgrupos.

Un estudio de la Universidad Estatal de Ohio, Estados Unidos, en el que se ha utilizado suero de muestras de sangre humana sugiere que los niveles de anticuerpos neutralizantes producidos por vacunas de ARNm de dos dosis contra la variante original y las primeras variantes del SARS-CoV-2 disminuyen sustancialmente con el tiempo.

Este mismo laboratorio descubrió en un [estudio](#) anterior, que una tercera inyección de refuerzo de la vacuna de ARNm contra la COVID-19 producía niveles efectivos de anticuerpos neutralizantes contra la variante Omicron.



El nuevo [trabajo](#) muestra que dos dosis de la vacuna de ARNm no ofrecen protección contra Omicron, e incluso tener una infección de refuerzo además de la vacuna no ayuda mucho. Pero el estudio anterior demostró que el refuerzo puede rescatar realmente las deficiencias de las dos dosis.

Se examinaron los anticuerpos en muestras de suero de 48 profesionales de la salud con versiones experimentales del virus madre y las variantes Alpha, Beta, Delta y Omicron. Las muestras de suero se recogieron antes de la vacunación, entre tres y cuatro semanas después de una primera dosis de vacuna, entre tres y cuatro semanas después de una segunda dosis de vacuna y seis meses después de la segunda vacuna.

Hubo un aumento sustancial de los anticuerpos neutralizantes después de la segunda dosis contra todas las variantes, excepto la variante Omicron. Desde la segunda dosis hasta seis meses después, hubo una caída de la inmunidad de al menos cinco veces, incluso contra el virus madre.

Los anticuerpos neutralizantes que bloquean la entrada de las partículas virales en las células del huésped se consideran el estándar de oro de la protección contra la infección por el SARS-CoV-2.

Doce de las muestras procedían de personas de las que se sospechaba que habían sufrido una infección por SARS-CoV-2 –en puntos temporales que iban desde antes de la vacunación hasta después de dos dosis de la misma–, basándose en un tipo diferente de pruebas de anticuerpos. Y aunque los resultados sugirieron que una infección por el SARS-CoV-2, además de la vacunación, aumentaba la inmunidad contra la mayoría de las versiones del virus, los anticuerpos de sólo un individuo con infección previa alcanzaron niveles que podían oponer una lucha razonable contra Omicron. En general, nadie en este estudio presentó una buena inmunidad contra Omicron.

Los virus experimentales eran lo que se denomina pseudovirus, es decir, un núcleo viral no infeccioso decorado con diferentes proteínas de espiga del SARS-CoV-2 en la superficie, estructuradas para coincidir con las mutaciones conocidas de las variantes estudiadas.

Los investigadores utilizaron un método especial para detectar anticuerpos neutralizantes en las muestras de sangre de los profesionales sanitarios, con el fin de tener en cuenta los distintos niveles de anticuerpos producidos por los individuos. Los individuos respondieron de forma muy diferente a la primera dosis, y lo mismo ocurrió con la segunda.

Los resultados también mostraron que las personas que recibieron la vacuna de ARNm de Pfizer/BioNTech produjeron unos niveles de anticuerpos neutralizantes dos veces menores que los que recibieron la vacuna Moderna. Los hombres también tenían niveles de anticuerpos significativamente más altos que las mujeres contra todas las variantes en los puntos de tiempo posteriores a la vacunación.

La drástica reducción de la inmunidad seis meses después de dos dosis de la vacuna y el hallazgo del artículo anterior de que un refuerzo protege contra Omicron ponen de relieve la importancia de una tercera dosis para evitar la infección.

Después de la segunda dosis de la vacuna, los anticuerpos neutralizantes eficaces contra Omicron se redujeron 23 veces, pero con una inyección de refuerzo, la inmunidad sólo se redujo entre tres y cuatro veces, lo que es comparable a la eficacia de refuerzo comunicada anteriormente contra la variante Delta. Otros laboratorios han hecho observaciones similares.

Arte y pandemia



Ruben L. Oppenheimer (@RLOppenheimer).

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.