

ARGENTINA

- Vigilancia de virus respiratorios

AMÉRICA

- Una mejor comunicación ayudará a superar la desconfianza en las vacunas
- Cómo puede influir en la Región el primer caso de poliomielitis detectado en Israel luego de 30 años
- Chile: Los casos de influenza se han duplicado en los últimos meses

- Estados Unidos: Los ratones de Montana y el secreto del contagio de virus de animales a humanos

- Honduras: Intervención en Kaukira para atender un brote de malaria

- Uruguay: Confirmaron un caso de psitacosis en una mujer de Salto

EL MUNDO

- Alemania: Récord de 250.000 nuevos positivos para COVID-19 en 24 horas

- Dinamarca: Solo se registraron 80 casos de tos convulsa en 2021

- España: La difteria es muy poco frecuente gracias a la vacunación

- India: Brote de leptospirosis en Kerala

- Noruega: Un brote hospitalario de infecciones por *Pseudomonas aeruginosa* afectó a 160 pacientes

- Pacífico Occidental: Las remotas islas donde la COVID-19 tardó dos años en llegar

- Sudáfrica: Brote de rabia en Nelson Mandela Bay, Eastern Cape

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.

Muestras estudiadas y positivas

En el año 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 5, se estudiaron para virus respiratorios 1.334 muestras, sin incluir el SARS-CoV-2, de las cuales 166 contaron con resultado positivo para alguno de los virus respiratorios habituales.

A su vez, durante el mismo periodo, se estudiaron mediante prueba diagnóstica 4.033.710 casos sospechosos de SARS-CoV-2, de los cuales 2.698.288 fueron positivos (porcentaje de positividad de 66,89%).

Desde el inicio de la pandemia, el número de muestras procesadas para SARS-CoV-2 continúa superando ampliamente las muestras estudiadas para la búsqueda de influenza y otros virus respiratorios.

En el año 2022, hasta la SE 5., se registró un promedio semanal de 807.009 muestras para todos los virus respiratorios. Sin embargo, ese número de muestras presenta una proporción desigual, ya que 806.742 fueron analizadas para SARS-CoV-2 y 267 muestras, en promedio, para Influenza y otros virus respiratorios.

En la SE 5 del año 2022, el porcentaje de casos positivos para todos los virus respiratorios (incluyendo SARS-CoV-2) es de 47,7%.

Agentes virales identificados

En el año 2022, hasta la SE 5, más de 99% de las muestras positivas corresponde a SARS-CoV-2. La proporción de Influenza y otros virus respiratorios es baja tanto en frecuencia absoluta como relativa.

Al analizar de manera integrada la circulación del SARS-CoV-2, el virus Influenza y otros virus respiratorios, se observa un incremento sustancial de los casos positivos de SARS-CoV-2 a partir de la SE 11 del año 2020. Al comparar con el periodo pre-pandémico, se observa una clara diferencia en la circulación habitual de los virus respiratorios durante el año 2021 y las primeras cinco semanas del 2022.

La cifra semanal de casos positivos de virus respiratorios –sin considerar el SARS-CoV-2 e incluyendo años previos– muestra un marcado descenso durante el año 2020, en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. En el año 2021, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios, aunque en menor medida respecto de años anteriores.

Durante el año 2021, a partir de la SE 16 y hasta la SE 42, el virus sincicial respiratorio fue el más frecuente (después del SARS-CoV-2); se observó un incremento en los casos de parainfluenza hacia las últimas semanas y detecciones de adenovirus en la mayoría de las semanas del año, en concordancia con el patrón de circulación viral observado en años anteriores. Sin embargo, y a diferencia de los años anteriores en los que se evidencia un aumento de la circulación de influenza coincidente o ligeramente posterior al aumento del virus sincicial respiratorio, la actividad de influenza se mantuvo baja durante todo el 2021

Si bien en la SE 5 de 2022, el virus más frecuente continua siendo el SARS-CoV-2, se detecta la circulación de otros virus respiratorios, principalmente influenza, parainfluenza, virus sincicial respiratorio, adenovirus y metapneumovirus, aunque estos últimos con una frecuencia absoluta y relativa marcadamente menores respecto del SARS-CoV-2.

En relación al virus Influenza, con respecto a años anteriores se observa que a partir de 2020 y durante la mayor parte del año 2021, su actividad se mantiene baja. Sin embargo, a partir de las últimas semanas de 2021 y durante el periodo analizado de 2022 comienza a registrarse un aumento en el número de casos.

En las primeras cinco semanas del año 2022, se notificaron 61 casos de influenza, 22 de influenza A sin subtipificar, una de influenza A(H1N1) y 38 de influenza A(H3N2).

Al evaluar las muestras analizadas para influenza y otros virus respiratorios por grupos etarios en las primeras cinco semanas de 2022, se observa que, de un total de 1.334 muestras, 642 (48,12%) corresponden a menores de 5 años, particularmente al grupo de menores de 1 año, y 464 muestras (34,8%) corresponden a adultos jóvenes y adultos (15 años o más), siendo el porcentaje de muestras analizadas homogéneo entre ambos grupos para el periodo analizado.

El SARS-CoV-2 es el virus prevalente en todos los grupos etarios.

Los casos de influenza se detectan en todos los grupos de edad, con el mayor número de casos en menores de 5 años para el periodo analizado. En dicho grupo además también se detectaron casos de parainfluenza, virus sincicial respiratorio, adenovirus y metapneumovirus.

En las notificaciones a partir de los 15 años de edad, el SARS-CoV-2 es el virus respiratorio casi exclusivo, con mayor número de muestras positivas en el grupo etario de 25 a 34 años y, en segundo lugar, en el grupo de 45 a 64 años.

Las jurisdicciones con mayor número de muestras con resultado positivo para SARS-CoV-2 en el año 2022 hasta la SE 5 fueron la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Salta, San Juan, Santa Fe y Tucumán.

En el año 2022 hasta la SE 5, se registró un fallecimiento con diagnóstico de influenza.

Para que una campaña de vacunación sea exitosa, quienes la tienen a su cargo necesitan informarse previamente sobre los argumentos y preocupaciones de las personas que se oponen, incluyendo comunicaciones interpersonales, para afinar una estrategia pertinente de comunicación para cada grupo.

Esa es una de las recomendaciones de una encuesta a 1.173 personas de Ecuador, Colombia y Venezuela, para conocer las causas que atentan contra una mejor cobertura de vacunación contra la COVID-19, que encontró que los mitos, la información errónea, los miedos infundados y las barreras estructurales son los principales condicionantes.

El [estudio](#) forma parte de una iniciativa para generar datos que puedan ser útiles para los gobiernos de los tres países y enfocar estrategias de comunicación directamente en aquellas poblaciones que se niegan a ser vacunadas.

Esos países fueron elegidos por sus altas tasas de contagio per cápita desde que comenzó la pandemia. Colombia registra más de 6 millones, Ecuador más de 800.000 y Venezuela más de 516.000. Además, sus campañas de vacunación comenzaron con una semana de diferencia.

Los resultados muestran que los ecuatorianos son dos veces más propensos a creer en mitos como que las vacunas no sirven o causan más problemas de los que resuelven, que la inmunidad natural es mejor, o que la COVID-19 no es peligrosa.

Esto coincide con los resultados obtenidos a finales de 2021 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador, que encontró que de los 1,3 millones de personas que no están dispuestas a vacunarse, más de 50% teme a los efectos secundarios y casi 10% cree que las vacunas no son efectivas.

Por el contrario, Colombia, que al igual que Ecuador tiene una de las tasas más altas de vacunados en América Latina, presentó los resultados más bajos en cuanto a razones para no vacunarse.

En cambio, los venezolanos tienen el doble de probabilidades de creer que no podrán pagar una vacuna contra la COVID-19 que los colombianos o ecuatorianos. Esto puede deberse a que, aunque las vacunas que provee el gobierno son gratuitas, existen reportes de un mercado negro que las distribuye desde mediados de 2021.

Por razones como esta, reconoce el estudio, son cuatro veces más propensos a expresar desconfianza en la capacidad de su gobierno para implementar un programa de vacunación.

En Venezuela, la crisis de confianza es uno de los aspectos clave que generó que a fines de diciembre de 2021 casi 10% de la población venezolana no estuviera dispuesta a vacunarse.

A diferencia de otros países de la región, como Chile o Uruguay, Venezuela no contó con un plan de vacunación bien estructurado, lo que sumado a la opacidad con la que se ha manejado la información respecto a la pandemia, ha tenido un impacto negativo en la población.

En aquellos países en los cuales no hay información completa, regular y transparente se genera mucha incertidumbre y por lo tanto cambios en la toma de decisiones.

Este problema ha tenido impactos similares en Ecuador, donde la confianza hacia el Ministerio de Salud disminuyó a raíz de la crisis de falta de medicamentos en los hospitales públicos del país.

Existe una asociación entre quienes no pueden acceder a información veraz y quienes tienen acceso limitado a la salud en el sector público. Si no hay medicamentos y el personal es reducido, la gente también va a seguir desconfiando más sobre lo que el gobierno puede decir acerca de la salud.

El error de comunicación más común de los gobiernos en todo el mundo ha sido dar por sentado que la gente sólo tiene creencias irracionales sobre la vacuna, tratándola como si tuviera falta de conocimientos.

La desconfianza comienza cuando las personas son bombardeadas por múltiples fuentes con información distinta, pero además son potenciadas por barreras estructurales diversas, como el acceso limitado a servicios. Es por esto que conocer bien sus razones, ayudará a generar mensajes más eficaces.

La viruela es la única enfermedad que fue eliminada por completo. Hay otras que, gracias a las campañas de vacunación, están cerca de ser erradicadas, como es el caso del sarampión y la rubéola. La poliomielitis integra este segundo grupo, pero en los últimos días dos noticias relacionadas con casos de esa infección viral encendieron las alarmas de las autoridades sanitarias.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó el 17 de febrero que las autoridades sanitarias de Malawi, en el sureste de África, habían declarado un caso de infección por el poliovirus salvaje tipo 1 después de detectar un caso en un niño pequeño en la capital, Lilongwe.

África había sido declarada libre de poliomielitis salvaje autóctona en agosto de 2020, después de eliminar todas las formas de poliomielitis salvaje de la región, y el caso del niño de Malawi fue el primero de poliovirus salvaje en África tras más de cinco años.

La poliomielitis aún es endémica en Afganistán y Pakistán, y al ser este un caso importado de Pakistán, no afecta el estado de certificación libre de poliovirus salvaje de la región africana.

Asimismo, a menos de 24 horas de que la OMS alertara sobre la propagación de enfermedades infecciosas y la caída en la cobertura de vacunación de patologías controladas por la invasión de Rusia a Ucrania; y cuando aún no se habían cumplido 15 días desde que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) instara a elevar las tasas de vacunación contra la poliomielitis, Israel registró su primer caso a más de 30 años de que se detectara el último contagio.

Se trata de un niño de cuatro años, residente de Jerusalén, que no había sido vacunado contra la enfermedad, y constituye el primer caso desde 1989 en ese país, que creía erradicada la poliomielitis.

En Argentina, el último caso data de 1984, mientras que el último caso confirmado de poliomielitis por poliovirus salvaje en la Región de las Américas ocurrió en 1991, en Perú.

Luego, en 1994, posterior a un proceso de documentación y verificación, la Región de las Américas fue certificada como libre de circulación del poliovirus salvaje.

Sin embargo, a la luz de las últimas notificaciones de casos en diferentes países del mundo, en un comunicado, la Organización Panamericana de la Salud alertó que la tasa de vacunación contra la poliomielitis fue de 82% en 2020, la más baja desde 1994, cuando se certificó que el continente americano estaba libre de la infección. Según la organización, la poliomielitis puede regresar a América si las coberturas de vacunación no son superiores a 95% en cada municipio y comunidad.

“La situación es preocupante en el mundo, en la región y en el país”. El médico infectólogo Pablo Bonvehí señaló que “en la región hay países de muy alto riesgo de tener casos importa-

dos de poliomielitis salvaje o derivada de la vacuna: Perú, Venezuela, Haití y República Dominicana”.

Según explicó el especialista miembro de la Comisión de Vacunas y ex presidente de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), “hay un grupo de países de alto riesgo por distintos indicadores que se tienen en cuenta para evaluar la situación epidemiológica, entre los que está Brasil, Paraguay, Bolivia, Ecuador, Panamá y Argentina”.



“Finalmente, están los de riesgo medio –Colombia y Uruguay– y por último los de bajo riesgo: Chile, Estados Unidos, Canadá, México y Cuba”.

El también jefe de Infectología del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) “Dr. Norberto Quirno Costa” y miembro del Comité Científico de la Fundación Vacunar precisó que “existen una serie de indicadores como cobertura de vacunación –sobre todo con la tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis–, la vigilancia de la parálisis flácida aguda, y otros que hacen que se pueda detectar rápidamente la aparición de un caso de poliomielitis que, en el contexto de las Américas, sería importado”.

En la misma línea, el médico infectólogo Lautaro De Vedia consideró que “es preocupante que reaparezca una enfermedad que tendría que estar erradicada”, y en ese sentido llamó a “extremar los esfuerzos”.

“En Argentina, el último caso ocurrió en 1984 y, si bien en general tenemos elevadas tasas de vacunación, lo cierto es que durante la pandemia cayeron como en todo el mundo y eso es lo que nos debe hacer reflexionar la aparición de estos casos en Malawi y en Israel”, destacó el experto del Hospital de Infecciosas ‘Dr. Francisco Javier Muñoz’ y ex presidente de la SADI.

Y tras detallar que “el esquema de vacunación antipoliomielítica tiene tres dosis antes del año de vida y un refuerzo al inicio escolar”, De Vedia resaltó: “Es imprescindible que esta enfermedad tan tremenda que ha dejado tantos muertos y secuestrados en otra época esté controlada, al igual que otras tantas enfermedades que las vacunas lograron controlar”.

Para Bonvehí, “las coberturas de vacunación en toda la región bajaron en los últimos años, no sólo con la pandemia, sino que la pandemia acentuó la situación”. “Argentina está en esa situación, con la salvedad de que en 2020 se tomó la decisión de pasar el esquema de vacuna contra la poliomielitis a vacuna inyectable, porque ya en 2016 se hizo el *switch* a iniciar las primeras dosis inyectables porque si bien el riesgo es bajísimo, lo cierto es que tienen muy bajo riesgo de poliomielitis derivada de la vacuna a partir de la vacuna oral”, señaló.

En oportunidad de ese cambio en el esquema de oral a inyectable, la cartera sanitaria nacional explicó que “en la fase final para la erradicación de esta enfermedad, es necesario que los países reemplacen progresivamente la vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV), más conocida como Sabin, por la Salk (IPV), que es la vacuna inactivada, permitiendo mantener la inmunidad contra los tres tipos de poliovirus (1, 2 y 3), mientras sea necesario continuar vacunando a la población en todo el mundo”.

“Se espera, en un futuro cercano, que la poliomielitis haya sido la segunda enfermedad en ser erradicada del mundo (después de la viruela) y luego de un tiempo prudencial (aún no definido), la vacunación antipoliomielítica pueda suspenderse”, aseguraba el comunicado emitido el 24 de abril de 2020.

Sin embargo, en opinión de Bonvehí, “en el país, la cobertura de vacunación de la tercera dosis, que es una que se usa como marcador está baja y en los últimos años bajó aún más”. “Hay que trabajar para mejorar las coberturas y las vigilancias”, sostuvo el experto, para quien “la pandemia no sólo impactó en el sistema de salud a causa de la COVID-19 sino que todo el sistema se vio afectado y en muchas áreas se hizo difícil de sostener todas las tareas que se realizaban”.



“Creo que ahora hay que recuperar el tiempo perdido; sobre todo ahora a partir de los casos de poliomielitis reportados, ya que si bien es muy infrecuente la enfermedad en sí es fácilmente transmisible”, finalizó.

En los últimos meses ha aumentado la detección de personas con influenza en la red sanitaria, llegando ya a 486 casos, cifra que duplica la de los dos años de pandemia por COVID-19 en Chile.

Es por esta razón que los expertos hacen un llamado para reforzar la campaña de vacunación contra dicha enfermedad, la que se podría sumar a los contagios por COVID-19.

El infectólogo y miembro del Consejo Asesor, Pablo Vial, declaró que “en la medida que las personas reasuman sus actividades normales, lo esperable es que también tengan un perfil de virus respiratorio, similar al que existía en los años anteriores. Tal vez pueda ser atenuado porque la población aprendió cómo controlar la transmisión de virus respiratorios. Eso puede expresarse en brotes de menor magnitud”.

La infectóloga del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Jeannette Dabanch, indicó que lo que pueda ocurrir durante el próximo invierno es “incierto, porque todavía no se estabiliza la circulación de la COVID-19. Y temo que el desplazamiento de personas en Europa por la guerra de Rusia y Ucrania, pudiese atraer de nueva la generación de nuevas variantes”.

Agregó que “si llegara a circular la influenza, después de casi dos años, el sistema inmune pierde la memoria para la exposición a estos virus. Entonces, si hay movimiento de personas podría haber una temporada con casos más severos. Sin embargo, creo que, si se logran mantener las medidas de autocuidado, podría haber una reducción de casos”.

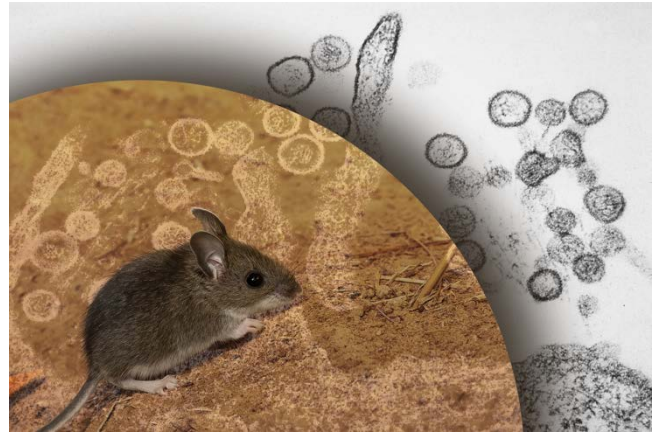
El ministro de Salud, Enrique Paris, manifestó que “hay preocupación por la influenza porque ya está circulando. No solamente influenza: también adenovirus y otros virus respiratorios”.

“Las vacunas contra la influenza y contra la COVID-19 se pueden colocar en el mismo momento, una vacuna en cada brazo”, explicó.



Durante los últimos 20 años, Amy Kuenzi ha pasado tres días de cada mes viajando a un rancho cerca de Gregson, Montana, y colocando trampas que contienen mantequilla de maní y avena. Su presa son los ratones ciervos (*Peromyscus maniculatus*). Toma muestras de sangre, busca cicatrices y pulgas y coloca etiquetas en las orejas.

“Los ratones son bastante felices y fáciles de atrapar”, dijo. “Pero puede ser un trabajo miserable en el invierno”.



El objetivo de Kuenzi es comprender mejor cómo un tipo de hantavirus llamado Sin Nombre se propaga a través de estas poblaciones de ratones.

Kuenzi, profesora de biología en la Universidad Tecnológica de Montana, y su colega Angie Luis, profesora de biología en la Universidad de Montana, se encuentran entre un número creciente de investigadores que trabajan para predecir dónde es probable que los virus se propaguen de los animales a los humanos. El 60% de las enfermedades humanas, incluido el hantavirus Sin Nombre, se originan en animales, y dos tercios de ellas se originan en animales silvestres.

Al comprender el hantavirus y la compleja ecología que lo gobierna, Kuenzi y Luis también esperan crear un sistema modelo para comprender mejor la ecología de muchos otros virus, incluidos los coronavirus.

Los investigadores han construido seis grandes recintos en Bandy Ranch, un centro de investigación de la Universidad de Montana. Allí, pueden estudiar cómo se comportan los ratones ciervos cuando son los únicos ocupantes y luego presentar a los principales roedores competidores de los ratones, los campañoles, para ver cómo cambian las poblaciones de ratones, el comportamiento de los ratones y la prevalencia de enfermedades.

“Estamos averiguando cómo los competidores afectan la transmisión de enfermedades”, dijo Luis. “Estamos tratando de entender cómo cambia la transmisión a medida que estresamos a los animales, al agregar o eliminar competidores.”

El papel de la biodiversidad en las enfermedades zoonóticas es complejo y puede tener efectos tanto positivos como negativos. Por ejemplo, la competencia de otros roedores puede reducir el número de ratones ciervos y reducir la frecuencia con la que los ratones interactúan, lo que limita las infecciones. Al mismo tiempo, la presencia de más competidores puede estresar a los ratones ciervos, y se ha demostrado que el estrés en los animales reduce su inmunidad y aumenta en gran medida su carga viral.

El cambio climático también es un factor. Las temperaturas más cálidas y las fluctuaciones en la lluvia y la nieve están cambiando los hábitats, lo que puede afectar las tasas de infección. Se

creo que el primer brote reconocido de hantavirrosis en humanos, en 1993, fue provocado por un invierno húmedo que proporcionó más alimento a los ratones.

El área de estudio de Montana tiene solo dos roedores principales, lo que lo convierte en un sistema simple para llevar a cabo la investigación. Kuenzi y Luis también están recopilando datos en el suroeste, donde Sin Nombre es mucho más frecuente y complicado. “En un sitio en Arizona, atrapamos 29 especies de pequeños mamíferos del tamaño de un roedor”, dijo Kuenzi. “El mayor número de especies parece disminuir la prevalencia de la enfermedad”, dijo Luis.

Sin Nombre es uno de varios tipos de hantavirus. Se transmite a través de la inhalación de partículas en el aire de los excrementos de los ratones. La enfermedad es rara en humanos, pero puede ser mortal. En 1993, el primer brote conocido fue en la Nación Navajo en el suroeste. Mató a 13 personas, la mitad de las que infectó.

La enfermedad es más frecuente en áreas rurales, donde los ratones y otros roedores son comunes, y los funcionarios de salud pública instan a las personas a tener especial cuidado al limpiar casas o edificios que han estado cerrados durante el invierno o al trabajar en áreas como espacios angostos o edificios vacíos, donde los roedores pueden estar presentes.

En 2012, Sin Nombre causó tres muertes entre personas que habitaron en cabañas de campaña en el Parque Nacional Yosemite. En 2004, el superintendente adjunto del Parque Nacional Glacier murió a causa de la enfermedad. Desde el descubrimiento de Sin Nombre en 1993 hasta 2019, se informaron menos de 900 infecciones en Estados Unidos.

La esperanza de la investigación en Montana es que conduzca a recomendaciones sobre cómo administrar la tierra de manera que no aumente la prevalencia de la enfermedad.

Este es solo un hilo en el tapiz de la ecología de las enfermedades. La larga lista de factores que aumentan la posibilidad de que los patógenos se propaguen de los animales a los humanos está recibiendo mucha atención de los investigadores de todo el mundo en respuesta a la pandemia provocada por el SARS-CoV-2. Los brotes virales son producto de las formas en que los humanos alteran el mundo natural, aunque los investigadores buscan determinar con precisión cómo.

En general, la investigación de los últimos 20 años muestra que mantener la naturaleza intacta ayudará a minimizar el riesgo de otra pandemia. “Cada vez hay más pruebas de que la biodiversidad diluye las enfermedades”, dijo Luis. “A medida que perdemos biodiversidad, vemos una mayor prevalencia de enfermedades”.

Cuando los animales pueden moverse para encontrar comida cuando lo necesitan y evitar a los humanos y los animales domésticos, “no vamos a ver eventos indirectos”, dijo [Raina Plowright](#), profesora de la Universidad Estatal de Montana, que estudia la ecología de las enfermedades en los murciélagos.

Las actividades que ponen a las personas en contacto con la vida silvestre, como la agricultura, la tala y la construcción de viviendas en áreas silvestres, todo lo cual altera el ecosistema, pueden aumentar el riesgo de contagio.

Podría, por ejemplo, expulsar por completo a los competidores de los ratones ciervos. “A los ratones ciervos les gusta la perturbación”, dijo Luis. A medida que se alteran los terrenos, las especies que compiten con los ratones ciervo pueden dispersarse y, sin competidores, aumentan en número. Con más ratones vienen más encuentros entre ellos y la propagación de Sin Nombre.

Los primeros estudios sobre biodiversidad y enfermedades se llevaron a cabo en el norte del estado de New York, donde la fragmentación del hábitat forestal por el desarrollo había provocado la pérdida de zorros, búhos, halcones y otros depredadores. Esos cambios impulsaron un aumento de cinco veces en el número de ratones patas blancas (*Peromyscus leucopus*), que son potentes reservorios de las bacterias que causan la enfermedad de Lyme.

Pero la idea de que la biodiversidad tiene efectos protectores es más complicada de lo que se pensaba. “Hay muchas excepciones a esta idea de que la biodiversidad diluye la enfermedad”, dijo Luis. “Se pueden obtener efectos positivos y negativos de la biodiversidad al mismo tiempo. Hay un efecto de dilución general porque los competidores reducen la densidad de los ratones ciervo”, dijo, pero podría haber una amplificación del estrés causado por los competidores.

Kevin Lafferty es ecólogo del Centro de Investigación Ecológica Occidental del Servicio Geológico de Estados Unidos en Santa Bárbara, California, y estudia la ecología de los parásitos. Centrarse en la ecología de los ratones y el hantavirus tiene sentido, dijo: “Si los roedores salvajes... van a volverse más abundantes porque perturbamos el medio ambiente, entonces esas enfermedades en particular podrían ser el tipo de cosas de las que deberíamos preocuparnos”.

Sin embargo, la noción amplia de proteger la biodiversidad para prevenir enfermedades es una “ilusión”, dijo. “Esa es una forma vaga e ineficaz de resolver los problemas de salud humana”, dijo Lafferty. En cambio, agregó, los investigadores deberían centrarse en cómo los anfitriones de los virus responden al ambiente.

Luis estuvo de acuerdo en que se necesita trabajar más en un tema complicado. “Los brotes que se están trasladando de animales a humanos solo se han vuelto más comunes en los últimos 30 a 40 años”, dijo Luis. “Esta no es la última pandemia. Necesitamos entender cómo lo que estamos haciendo conduce a estos brotes”.

Los estudios a largo plazo y de varios años de mamíferos reservorios de virus como el de este informe son raros, pero son un enfoque efectivo para comprender los efectos de la interacción de las poblaciones huésped, sus competidores y el ambiente (ecosistemas y clima) y los virus relevantes para la salud pública que albergan. Esa comprensión puede conducir a medidas que reduzcan el riesgo de infección humana. Los estudios han demostrado que los ratones ciervos son el huésped más común del hantavirus y están bien dispersos por todo Montana. Según el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana, el hantavirus está presente en aproximadamente 40% de los condados de Montana. Las personas pueden infectarse con hantavirus cuando la saliva, la orina o los excrementos de un ratón infectado se agitan e inhalan. Es importante que el público evite actividades que levanten polvo, como barrer o pasar la aspiradora, si hay señales de roedores en el área.

Debido al incremento de casos por un brote de malaria y la necesidad de apoyo técnico en terreno, la Organización Mundial de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) apoyó a la Región Sanitaria de Gracias a Dios para realizar una intervención rápida en la comunidad de Kaukira.

Por su ubicación en la franja del extremo norte del departamento, esta comunidad se

encuentra en un sitio estratégico para migración poblacional con el resto de los municipios de Gracias a Dios e inclusive con Nicaragua. La comunidad de Kaukira, ubicada en el municipio de Puerto Lempira, cuenta con una población de 12.686 habitantes (6.157 hombres y 6.529 mujeres) e históricamente es conocida por ser el foco de mayor transmisión de malaria a nivel nacional. Hasta la semana epidemiológica 6 del año 2022 se han reportado 257 casos autóctonos de malaria.



Para el fortalecimiento de la estrategia de la OMS para la detección, diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta (DTIR) en Kaukira, la OPS/OMS destinó más de 4.100 dólares para apoyar a la región sanitaria en una intervención conjunta de 15 días entre el 10 al 25 febrero, dijo el Dr. Otto Padilla, consultor nacional de malaria de la OPS/OMS con sede en Puerto Lempira. Además, se apoyó con la integración de cuatro técnicos de salud ambiental, 22 colaboradores voluntarios diarios y la cooperación técnica directa del consultor de la OPS/OMS durante los días de la intervención.

La intervención consistió en la búsqueda activa de casos, la medicación estrictamente supervisada de positivos, la realización de investigación de casos, la captación de sospechosos febriles alrededor de viviendas, la entrega de carné de tratamiento, la actualización de la sala situacional de malaria, la toma de pruebas de diagnóstico rápido y la capacitación en detección de malaria en clínicas privadas.

El país mantiene las acciones del plan de eliminación de la malaria. En el año 2020, el municipio de Puerto Lempira ganó uno de los cuatro premios de “Campeones de la malaria en las Américas”.

En las últimas horas del 9 de marzo, el Ministerio de Salud Pública de Uruguay confirmó un caso de psitacosis en una mujer que permanece internada en el centro de tratamiento intensivo (CTI) del Hospital Regional de Salto y a la cual se le habían realizado estudios en sospecha a esta patología.

Se le tomaron muestras a la paciente, que fueron enviadas al laboratorio central del Ministerio de Salud Pública, y el 9 de marzo llegó la confirmación de que padece esta patología transmitida por aves infectadas.

La Dra. Rosa Blanco dijo que la mujer evoluciona favorablemente, que se trata de un caso aislado y que la enfermedad no se transmite de persona a persona, por lo que no es necesario hacer una advertencia a la población.

La psitacosis es una enfermedad zoonótica, causada por la bacteria *Chlamydiophila psitacci*, parásito intracelular obligado. En la actualidad se reconocen cuatro especies pertenecientes a este género *C. pecorum*, *C. psitacci*, *C. trachomatis*, *C. pneumoniae*.

La psitacosis se puede transmitir de pájaros infectados a los seres humanos, siendo una causa importante de infección sistémica que a menudo provoca neumonía. La distribución de la enfermedad es mundial, siendo el reservorio principal loros, periquitos, cotorras, papagayos y con menor frecuencia aves de corral, palomas, canarios y aves marinas.

El mecanismo de transmisión de la psitacosis es por inhalación, a través de la aerosolización de las secreciones infectantes, polvo de las plumas o excretas desecadas. El periodo de incubación de la enfermedad es de 5-14 días y la gravedad se extiende desde inaparente a enfermedad sistémica acompañada de neumonía, e incluso puede llegar a ser mortal. Por tanto, ante una neumonía inexplicada y/o que no responda a betalactámicos es importante pensar en ella y buscar una historia de contacto con pájaros.

La transmisión persona-persona es muy rara, pero se ha descrito como posible en algún caso de psitacosis familiar en la que no se ha podido demostrar el antecedente de contacto con pájaros. También se han descrito casos de psitacosis tras contacto esporádico, como el de visitas a parques públicos, agentes de aduanas, en el que siete agentes belgas desarrollaron neumonía atípica, siendo confirmada la enfermedad serológicamente en dos de ellos. El riesgo de contraer psitacosis era 2,8 veces superior en los que habían estado en contacto con los periquitos durante más de dos horas que en aquéllos que estuvieron menos tiempo. También se han documentado casos en mataderos de aves. *Chlamydiophila psitacci* también se ha aislado en patos, ovejas, pollos e incluso en gatos.

Muchos países han notificado y divulgado brotes de psitacosis familiares y laborales. En todos ellos se resalta la importancia de la buena coordinación y colaboración con los veterinarios, para identificar la fuente de infección y proceder al control del foco, de hecho se han descrito recaídas de la infección al no eliminar la causa.



ALEMANIA

RÉCORD DE 250.000 NUEVOS POSITIVOS
PARA COVID-19 EN 24 HORAS

10/03/2022

Alemania registró hoy un nuevo récord desde el inicio de la pandemia de COVID-19 con 262.752 nuevos positivos en 24 horas, frente a 210.673 hace una semana, mientras el país mantiene su plan de relajación de medidas.

La incidencia acumulada subió notablemente, hasta los 1.388,5 nuevos contagios cada 100.000 habitantes en siete días, frente a 1319,0 ayer y 1.174,1 de hace una semana, según datos del Instituto Robert Koch (RKI).

La cifra de muertos por o con COVID-19 en 24 horas sumó 259, frente a 267 el 3 de marzo. El RKI estimó los casos activos en unos 3.416.000.

Hasta el 8 de marzo, 76,4% de la población (63,5 millones de personas) había sido vacunada, 75,6% (62,9 millones) con la pauta completa, mientras 57,5% (47,9 millones) había recibido una dosis de refuerzo.

El 20 de marzo está previsto que desaparezcan la mayoría de restricciones en Alemania, aunque se mantendrán medidas básicas de protección como la distancia, normas de higiene y el testeo y los barbijos para grupos particularmente vulnerables y para determinados espacios, como interiores y el transporte público.

La relajación de las restricciones contempla, no obstante, la posibilidad de introducir medidas más estrictas a nivel regional en caso de un elevado número de contagios o una excesiva presión del sistema sanitario, precisaron el ministro de Sanidad, Karl Lauterbach, y el de Justicia, Marco Buschmann.

Está previsto que el 20 de marzo se prescindiera en gran medida de las restricciones actuales o que estas se prolonguen a lo sumo hasta el 2 de abril, con el fin de dar un margen a los estados federados para crear las bases legales que permitan la introducción de medidas en caso de brotes a nivel regional.

“Se prevé que esta relajación se mantenga hasta el 23 de septiembre, ya que de cara a la próxima ola que se espera en otoño será necesario adoptar nuevas medidas”, subrayó Lauterbach.

El número de casos de tos convulsa se redujo el año pasado en Dinamarca a su nivel más bajo en muchos años. La disminución se produjo en contraste con la epidemia generalizada de tos convulsa de 2019 y principios de 2020 y probablemente se deba a la COVID-19.



Sólo se informaron 80 casos de tos convulsa a través de los laboratorios daneses en 2021, la cifra más baja en muchos años, según una [declaración](#) del Statens Serum Institut (SSI) sobre el número de casos de la enfermedad en Dinamarca en 2020 y 2021.

Por lo demás, el número de casos de tos convulsa se ha mantenido estable desde 2012 entre 600 y 1.100 casos por año. Y, por lo general, la mayoría de los casos ocurrieron en otoño e invierno.

Sin embargo, en la primavera de 2019, Dinamarca se vio afectada por una epidemia nacional de tos convulsa de larga duración que solo se detuvo cuando el gobierno confinó al país debido a la epidemia de COVID-19 el 11 de marzo de 2020.

Durante 2019, se detectó un total de 3.696 casos de tos convulsa, tres a cuatro veces más de lo que normalmente se registra en un año completo. La tendencia continuó en 2020, cuando se informaron números históricamente altos de casos en enero y febrero, con 874 y 849 casos, respectivamente.

“Durante la anterior epidemia de tos convulsa en 2016, el mayor número de casos encontrados fue de 284 en un mes. Entonces, la epidemia en 2019 y 2020 fue inusualmente severa”, dijo el médico Peter Henrik Andersen, del SSI.

Tampoco había indicios de que la epidemia de tos convulsa estuviera desapareciendo cuando Dinamarca se vio afectada por la epidemia mundial de COVID-19 en febrero de 2020.

En la semana anterior al 11 de marzo, cuando la primera ministra Mette Frederiksen confinó el país e introdujo amplias restricciones por la COVID-19, se tomaba un promedio de 349 muestras diarias a los laboratorios para el examen de tos convulsa. Este número se redujo a solo 26 muestras diarias en promedio en la semana posterior a la introducción de las restricciones. Posteriormente, el número de muestras volvió a aumentar, pero el número de casos detectados se mantuvo muy bajo.

“Desde el verano de 2020 y el resto del año, así como durante todo 2021, el número de casos de tos convulsa fue muy bajo. Fue un promedio de 6,7 casos por mes, el más bajo desde que se introdujo el monitoreo de la enfermedad en su forma actual”, dijo Peter Henrik Andersen.

“El bajo número de casos probablemente se deba a la COVID-19, que ha tenido un efecto positivo en el número de infecciones respiratorias en general. Al mismo tiempo, el aumento de la inmunidad en la población después de la epidemia de tos convulsa de 2019-20 probablemente

haya frenado la infección en los años siguientes. Tal y como se vio tras la epidemia leve de tos convulsa de 2016”.

En 2020 y 2021, se notificó un total de 122 casos de tos convulsa en menores de dos años. Entre estos niños, 31 (26%) no habían sido vacunados contra la enfermedad, mientras que 26 (21%) habían recibido las tres dosis de la vacuna.

Según las cifras del SSI, la proporción de niños menores de dos años no vacunados que enfermaron de tos convulsa disminuyó en 2020 y 2021, en comparación con 2018 y 2019.

“Esto puede deberse al hecho de que en el otoño de 2019 se introdujo una oferta de vacunación gratuita contra la tos convulsa para mujeres embarazadas en el segundo y tercer trimestre. Esto le da a los recién nacidos una mejor protección hasta que puedan recibir su primera vacuna a la edad de tres meses”, dijo Peter Henrik Andersen.

Desde entonces, se ha ampliado la oferta de vacunas gratuitas contra la tos convulsa para mujeres embarazadas. Eso se aplica ahora mismo hasta fines de marzo de 2022.

De los 122 menores de 2 años con tos convulsa, 53 (43%) fueron hospitalizados por uno o más días. Sin embargo, el riesgo de hospitalización fue mayor entre los menores de 6 meses.

Un reciente [informe](#) analizó las características microbiológicas, clínicas y epidemiológicas de las cepas de *Corynebacterium diphtheriae*, *C. belfantii*, *C. rouxii* y *C. ulcerans* identificadas en España en el período 2014-2020.

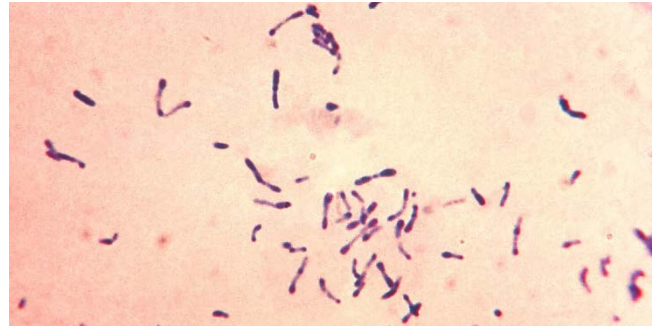


Imagen al microscopio de *Corynebacterium diphtheriae* con tinción.

La difteria es una enfermedad grave prevenible con la vacuna, que protege de manera muy efectiva. En España la vacunación contra la difteria se introdujo en la década de 1960 y, gracias al alto nivel de inmunidad alcanzado entre la población, ahora es una enfermedad infrecuente. En España la vigilancia microbiológica y epidemiológica de la difteria se lleva a cabo en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), coordinada por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) desde el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y el Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Diferentes especies de *Corynebacterium*, las bacterias que a través de la generación de ciertas toxinas causan la difteria, siguen circulando de forma endémica en muchas zonas del mundo, por lo que es posible que lleguen a las zonas donde la enfermedad ha desaparecido; algunas especies zoonóticas pueden llevar la difteria a humanos, por lo que se necesita una vigilancia coordinada a escala animal y humana. Se trata del primer informe en el que se detallan los resultados de vigilancia obtenidos tras la actualización del protocolo de vigilancia de difteria en 2013 adaptado a las definiciones de la Unión Europea.

La vigilancia de difteria se basa en la notificación de casos, la investigación de las cepas de *Corynebacterium* en el laboratorio y la respuesta de salud pública frente a la identificación de cepas toxigénicas capaces de transmitir la enfermedad. El documento señala que la vigilancia necesita adaptarse a la realidad clínica y epidemiológica de la enfermedad, y que en zonas en las que la difteria es esporádica, como en España, es necesaria una vigilancia sensible y específica.

Análisis de datos e importancia de la vacunación

El informe describe los 10 casos de difteria notificados a la RENAVE entre 2014 y 2020. En total se han analizado 46 aislados de las especies de *Corynebacterium* potencialmente toxigénicas: 26 se clasificaron como *C. diphtheriae* (7 toxigénicas); 14 como *C. belfantii*, 5 como *C. ulcerans* (3 toxigénicas) y uno como *C. rouxii*; además, una cepa de *C. diphtheriae* se clasificó como portadora del gen de la toxina pero sin capacidad para expresar toxigenicidad.

Con respecto a la edad de los pacientes en los que se aislaron cepas toxigénicas y no toxigénicas, varía entre 1 y 89 años y 60,8% (28/46) eran hombres. En cuanto a la presentación clínica, para todas las cepas analizadas el síntoma más frecuente fueron las lesiones cutáneas, seguidas de problemas respiratorios, con osteomielitis y endocarditis como síntomas menos comunes.

De los 10 casos de difteria toxigénica notificados, siete estaban producidos por *C. diphtheriae* toxigénico (cuatro de ellas de localización cutánea y tres con síntomas respiratorios, entre ellos una difteria grave en un niño no vacunado que falleció). De los tres casos producidos por *C. ulcerans*, dos tenían localización cutánea y otro tenía clínica respiratoria leve. El 78,6% de las cepas de *Corynebacterium* aisladas mostraron resistencia a la penicilina, mientras que 100% se mostraron sensibles al tratamiento con eritromicina. Gracias a los estudios de secuenciación genómica se ha podido determinar que no hay clones específicos circulantes.

El trabajo destaca la importancia de mantener altas las coberturas de vacunación para fortalecer la inmunidad de la población frente a la difteria, cumpliendo siempre con las dosis del Calendario común de vacunación para toda la vida recomendado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Para la vacunación contra la difteria se recomienda administrar tres dosis de vacuna en el primer año de vida, y dosis de recuerdo en la infancia, en la adolescencia, y en torno a los 65 años de edad. La vacunación de personas que viajan a zonas endémicas y de trabajadores sanitarios es especialmente importante.

El informe señala también la importancia de reforzar el conocimiento de los profesionales de la medicina asistencial, la epidemiología y la microbiología para identificar, notificar, aislar, confirmar en el laboratorio y realizar el estudio de contactos de los pacientes con sospecha clínica de difteria.

Los casos de leptospirosis están aumentando este año en el distrito de Ernakulam, estado de Kerala, y el distrito reportó 42 casos sospechosos y 36 casos confirmados hasta el momento.

En los primeros 66 días de 2022 también se han notificado 4 muertes sospechosas de leptospirosis, todas entre trabajadores ganaderos.



Los funcionarios médicos del distrito dijeron que aquellos que se dedican a la ganadería, los trabajadores del Programa Nacional de Generación de Empleo Rural (NREGS), los trabajadores de limpieza, los pescadores, los agricultores, los trabajadores de la construcción y aquellos que entran en contacto con agua estancada contaminada son propensos a contraer leptospirosis. Los funcionarios les han instado a tomar medidas preventivas.

Solo hubo 32 casos confirmados y 77 sospechosos de leptospirosis en Ernakulam hasta el 22 de mayo de 2021. Las muertes sospechosas de leptospirosis fueron solo tres durante el mismo período. La tasa de letalidad de la leptospirosis es de 15 a 20%.

Todavía está activo un brote de infecciones por la bacteria *Pseudomonas aeruginosa* en varios hospitales de Noruega. Hasta la fecha, se han notificado más de 160 casos de infección, que incluyen a 28 hospitales en las cuatro regiones sanitarias.

El Instituto Noruego de Salud Pública (FHI) está coordinando un grupo de profesionales de todas las regiones de salud para el seguimiento de los brotes. Están trabajando sistemáticamente para obtener la mejor visión general posible de la situación y limitar el brote que se descubrió por primera vez en noviembre en el Hospital Universitario del Norte de Noruega, en Tromsø.

“Probablemente sea una combinación de infecciones entre personas y entre personas y ambiente. Por lo tanto, también estamos buscando una posible fuente común de infección, como equipos médicos u otros productos”, dijo Kirsten Gravningen, del FHI.

Cada caso de infección se revisa cuidadosamente y la información se recopila y analiza. Los hospitales cuentan con sistemas de atención de infectados, y muy pocos han enfermado gravemente.

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

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

Pseudomonas aeruginosa es un bacilo muy versátil, que puede prosperar a temperaturas superiores a 42°C. Es un habitante común de agua, suelos y plantas. En los hospitales puede ser encontrada en respiradores, humidificadores, vertederos, duchas, piscinas de hidroterapia y ocasionalmente en las manos de los trabajadores de la salud.

Es un patógeno oportunista, responsable de una amplia gama de infecciones, principalmente nosocomiales. Particularmente los pacientes con inmunosupresión, así como aquellos que han sufrido quemaduras severas, neutropenia inducida por quimioterapia o presentan enfermedades pulmonares subyacentes están propensos a desarrollar la infección.

P. aeruginosa es intrínsecamente resistente a diversas clases de antibióticos que no guardan relación estructural entre sí. Además, posee la capacidad de adquirir nuevos mecanismos de resistencia vía mutaciones.

Ocasionalmente, *P. aeruginosa* puede colonizar partes del cuerpo humano, sin embargo, la prevalencia de esta colonización en personas saludables es baja. En su gran mayoría, las infecciones están relacionadas al ambiente hospitalario, constituyendo un grave problema clínico. Además, en casi todos los casos clínicos de infección por *P. aeruginosa* existe compromiso de las defensas del hospedador. Un ensayo clínico reportó una alta tasa de mortalidad (38%) y evidenció genotípicamente que la colonización era debida a un limitado número de cepas. En los pacientes ventilados mecánicamente la neumonía ocasionada por *P. aeruginosa* es una de las más frecuentes y generalmente una de las más graves, con una tasa de mortalidad de 50-70% entre los pacientes afectados. Esa elevada mortalidad se atribuye tanto al perfil de los pacientes, críticos y con enfermedades de base, como a la virulencia de la bacteria, indicándose tasas de colonización de hasta 54%.

En la fibrosis quística, *P. aeruginosa* infecta hasta más de 90% de pacientes adultos, elevando la mortalidad y el deterioro pulmonar. Esta bacteria puede sobrevivir y persistir por algunas décadas en el tracto respiratorio de los pacientes con fibrosis quística.

En las bacteriemias, *P. aeruginosa* es una de las bacterias gram negativas más comúnmente aisladas. Se han descrito infecciones por este microorganismo en pacientes quemados, con infección de tracto urinario, con cáncer, neutropénicos y neonatos. La tasa de mortalidad es alta y varía entre 17 y 50%. Algunos de los factores asociados a esta elevada mortalidad son neutropenia, shock séptico, terapia antibiótica inapropiada y origen de bacteriemia en el pulmón.

Probablemente, la facilidad con la que este microorganismo se presenta en el ambiente posibilita que un individuo con serias quemaduras sea colonizado antes de que sus heridas puedan sanar. Su presencia ha sido documentada en varias unidades de cuidados intensivos.



Hasta ahora invictas, tras dos años libres de la COVID-19, las islas Niue y Chatham, en el Pacífico, han registrado esta semana sus primeras infecciones, abandonando el singular club de países –ahora solo ocho– a los que todavía no ha llegado el virus.

La aparición del primer caso en Niue, con menos de 2.000 habitantes y localizada en medio del triángulo formado por Tonga, Samoa e Islas Cook, llevó al primer ministro, Dalton Tagelagi, a dirigirse a la nación en un discurso publicado en Facebook el 9 de marzo. “El positivo está en cuarentena y será vigilado de cerca por nuestros equipos de salud”, dijo en referencia al infectado, un pasajero de un vuelo procedente de Nueva Zelanda aterrizado el 7 de marzo.

El dirigente quiso transmitir tranquilidad a sus compatriotas, ajenos aún a la sintomatología de la enfermedad que ha puesto en vilo al mundo los pasados dos años. “Como todos sabemos, la mejor defensa contra el virus es mantener la calma, trabajar juntos y hacer uso de las medidas de precaución y seguridad que sabemos que nos protegerán de la COVID-19”, añadió.

El país, ubicado a unos 2.400 kilómetros al noreste de Nueva Zelanda, tuvo tiempo de pertrecharse contra el virus: Niue es hoy una de las pocas naciones con casi 100% de su población de más de 12 años con dos dosis de la vacuna. Además, 95% de los niños de 5 a 11 años ya recibieron la primera dosis. Motivos suficientes para que Tagelagi se mostrara confiado en “nuestra capacidad para contener el virus”, mientras se mantiene en cuarentena al afectado, vacunado y asintomático, y se evalúa a los otros 25 pasajeros del vuelo, de momento negativos.

Niue se convierte así en la segunda isla del Pacífico en perder su estatus de “libre de COVID-19” en una semana, después de que las Islas Chatham, pertenecientes a Nueva Zelanda y uno de los lugares más remotos del planeta, con apenas 800 habitantes, informaran de sus primeros dos contagios el 5 de marzo.

Esta es la tendencia vista en otras islas del Pacífico, muchas cerradas al mundo desde la pandemia, y que han empezado a registrar casos por primera vez a medida que se abren y aumentan sus conexiones con países más grandes de la zona, como Australia y Nueva Zelanda.

Fue el caso de Samoa, a donde en enero llegaron diez pasajeros de Australia que resultaron los primeros contagiados del archipiélago desde 2020; o Kiribati, que también entonces experimentaba su primer brote al estar infectados dos tercios de los 54 ocupantes de un avión procedente de Fiji.

Algunos países han confiado en que su elevado porcentaje de vacunación amortigüe el impacto sin recurrir a medidas severas, mientras que otros como Tonga decretaron un confinamiento en febrero, después de que la erupción de un volcán y un tsunami trajera desolación y el virus a la isla debido a la entrada de ayuda humanitaria.

De este modo, la lista de países sin impacto de la enfermedad se reduce a marchas forzadas, con solo ocho naciones libres de COVID-19 tras los últimos casos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de las apartadas islas del Pacífico Tuvalu, Tokelau, Pitcairn, Nauru y Micronesia; Santa Elena, en el sur del Atlántico, conocida por servir de prisión militar a Napoleón Bonaparte; y Turkmenistán y Corea del Norte, cuya opacidad hace sospechar si realmente han quedado indemnes.

La provincia de Eastern Cape, en particular el municipio de Nelson Mandela Bay y los distritos de Amathole y Oliver Reginald Tambo, están experimentando un brote masivo de rabia sin precedentes, dijo el Departamento de Desarrollo Rural y Reforma Agraria.

Desde principios de enero de 2021 hasta la fecha, un laboratorio ha confirmado como positivo para rabia 414 casos en el Municipio de Nelson Mandela Bay (NMBM), 42 casos en Amathole, 27 casos en Oliver Reginald Tambo y 23 casos en el distrito de Chris Hani.

Las áreas críticas del brote actual son Despatch, Kariega y KwaNobuhle en el NMBM; Buffalo City Metro, Mbashe y Mnquma en Amathole; King Sabata Dalindyebo, Port Saint Johns, Ingquza Hill y Mhlontlo en Tambo; y Ngcobo y Enoch Mgijima en Chris Hani.

“Ha habido algunos casos positivos también en otros dos distritos, aunque no tantos como en los otros cuatro distritos. El distrito de Joe Gqabi reportó seis casos positivos de rabia alrededor de los municipios locales de Elundini y Senqu; y Alfred Nzo reportó cinco casos positivos en el municipio de Umzimvubu. La historia de estos casos involucra perros o personas que han sido atacadas por perros callejeros rabiosos”, reza el comunicado.

“Eastern Cape lleva a cabo una campaña anual de concientización y vacunación contra la rabia de junio a septiembre de cada año. La vacunación masiva de perros y gatos a través de campañas ha sido la piedra angular de la estrategia de control. Ha sido la medida más útil y rentable para la prevención y control de la rabia. Un total de 58.407 perros y gatos han sido vacunados desde enero de 2021 hasta febrero de 2022 en el municipio de Nelson Mandela Bay, 73.158 en Amathole, 118.052 en O.R. Tambo y 77.681 en el distrito de Chris Hani. También se han llevado a cabo vacunaciones durante este período en los distritos de Joe Gqabi y Alfred Nzo, alrededor de las áreas del brote. Joe Gqabi vacunó a 24.497 gatos y perros y Alfred Nzo a 16.651”, continúa el comunicado.

“La notificación regular de casos sospechosos por parte de veterinarios privados y organizaciones de bienestar animal y la eutanasia de perros con signos clínicos fueron clave en el control y la prevención de brotes de rabia. Se compartieron folletos y material audiovisual breve en los sitios de redes sociales, así como la publicación de los programas de vacunación en un periódico local. Como parte de la concientización de los profesionales de la salud, se realizó un seminario web en colaboración con el departamento de Personal de Salud y NICD”.

“La colaboración con veterinarios privados y organizaciones de bienestar animal (SPCA, Animal Anti-Cruelty League y Animal Welfare Society) ha sido clave, especialmente en el Municipio de Nelson Mandela Bay. Estas organizaciones ayudaron con la recolección de muestras y la vacunación de perros y gatos. La unidad de control de perros en Nelson Mandela Bay ha ayudado con la recolección de perros enfermos, llevándolos a la perrera del municipio donde la Sociedad para la Prevención de la Crueldad Animal (SPCA) opera sus instalaciones. Los perros son sacrificados y se toman muestras. SAPS ha estado involucrado en las áreas del norte del Municipio de la Bahía de Nelson Mandela, ayudando con funcionarios de resguardo y vehículos. Treinta estudiantes de último año del Instituto de Agricultura y Desarrollo Rural de Tsolo colaboraron con campañas de concientización y vacunación en el Municipio de Nelson Mandela Bay”.

Arte y pandemia



Residentes pasan caminando frente a murales informativos sobre la COVID-19 pintados en el costado de un bloque de departamentos, que rinden homenaje a los trabajadores médicos con los mensajes “Te protegeremos” y “Te saludamos”, en la urbanización Buxton de la ciudad costera de Mombasa, Kenya, el 17 de agosto de 2020.

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

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

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