

## CÓRDOBA

- Este año, el virus de la influenza comenzó a circular antes de tiempo

## ARGENTINA

- Situación epidemiológica del dengue y otras arbovirosis

## AMÉRICA

- Consideraciones de salud para países que reciben refugiados y repatriados por la emergencia en Ucrania

- Costa Rica: La malaria, el gran enemigo en la región fronteriza

- Estados Unidos: Brote de legionelosis en el Valle de Coachella, California

- Estados Unidos: Confirman la circulación del virus Powassan en garrapatas de Pennsylvania

## EL MUNDO

- Australia: Brote de gonorrea en los suburbios de Melbourne

- China: El peor rebrote de la COVID-19 en dos años

- Nueva Zelanda: Fuerte aumento de las infecciones por *Vibrio parahaemolyticus* en 2022

- Taiwán: Primer caso de hantavirus de 2022

- Togo: Brote de fiebre hemorrágica de Lassa en el distrito de Oti-Sud

- Las infecciones por VIH-1 son más virulentas cuando se transmiten mediante coito vaginal

- El número global de muertes por la pandemia de COVID-19 es tres veces mayor de lo que sugieren los reportes

- Situación epidemiológica global de la poliomielitis

### 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.

En dos años de pandemia, el escenario en el que habitualmente se presentan los virus respiratorios cambió por completo. Como un reloj que da vueltas desconcertado, el conteo de enfermedades tradicionales, como influenza y bronquiolitis, arrojaba cifras inusuales. Casi todo lo que circuló en este tiempo fue SARS-CoV-2.

Pero la situación, a nivel nacional y mundial, comenzó a cambiar en octubre del año pasado cuando entró en escena el virus de la influenza. Circuló en el Hemisferio Norte y, a contramano de lo que pasa en Argentina, se registraron varios casos en distintas localidades del país.

Este año, la circulación de la influenza se anticipó, la curva de casos empezó a subir, algo que comienza a preocupar en algunos estamentos gubernamentales. La recomendación es que, apenas comience la vacunación antigripal, los grupos de riesgo se apliquen las dosis para estar protegidos durante el invierno.

“En los dos últimos años presenciamos algo histórico. El virus de la influenza prácticamente no circuló desde marzo de 2020 hasta octubre de 2021 a nivel global. Pero a fines del año pasado ha empezado a circular, algo que también estuvo relacionado con el reinicio de actividades, flexibilizaciones, mayor contacto social y presencialidad laboral”, informó Pablo Bonvehí, jefe de Infectología del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) ‘Norberto Camilo Quirno Costa’ y miembro del Comité Científico de la Fundación Vacunar.

El infectólogo informó que en Argentina es habitual detectar casos aislados durante todo el año, con un aumento de la circulación que comienza en junio y comienza a descender en agosto, con algunos casos en septiembre. Coincide con los meses más fríos. “Ahora ocurrió al revés: la curva empezó a subir en estas últimas cinco semanas. Posiblemente estemos ante el inicio de un brote en distintas localidades del país, pero no podemos afirmarlo porque este año ha sido muy atípico”, agregó.

El último [Boletín Integrado de Vigilancia](#) del Ministerio de Salud de la Nación reportó 166 casos de influenza. Los grupos más afectados fueron los menores de 5 años y personas de entre 25 y 40 años. Las detecciones se hicieron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en las provincias de Buenos Aires, Tucumán, Santa Fe y Salta.

La influenza A(H3N2) es la que más circula, aunque 99% de los casos detectados corresponden a SARS-CoV-2.

Por la circulación anticipada del virus de la influenza, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una [alerta](#) el 19 de febrero.

## ¿Por qué se adelantó?

No existe una explicación unívoca que responda esta pregunta. Los especialistas ensayan algunas hipótesis.

“El contacto con el virus de la influenza genera un refuerzo en la inmunidad, aunque la persona no se vacune. Pero en casi dos años, ese contacto prácticamente no existió. Es un interrogante. A eso se debe sumar que las coberturas de vacunación contra la influenza, sobre todo en niños, fueron muy bajas en 2020 y 2021. Se debe prestar especial atención a lo que ocurrirá este año. Se debe estar preparado porque los síntomas son parecidos a los de la COVID-19”, advirtió Bonvehí.

Por su parte, Ricardo Rüttimann, miembro de la Comisión Nacional de Inmunizaciones e integrante del Centro de Estudios Infectológicos de la Fundación Stamboulián, agregó un ingrediente más: en estos dos años, aumentó la vigilancia de virus respiratorios y las personas estuvieron más atentas a los síntomas. Además, en febrero varias provincias –incluida Córdoba– comenzaron a estudiar todos los gérmenes que afectan el sistema respiratorio, no sólo el SARS-CoV-2. “No hay dudas de que mejoró la vigilancia respiratoria. Eso redundará en mejores diagnósticos”.

El especialista agregó que también fue baja la circulación del virus sincicial respiratorio, principal causante de la bronquiolitis en niños. “El distanciamiento físico ayudó mucho”. Y consideró que algunas medidas, como el uso del barbijo, deberían seguir sosteniéndose, especialmente en inmunocomprometidos, porque reduce el riesgo de todos los virus que se transmiten por el aire.

“Es preocupante que la influenza haya empezado a circular antes de lo habitual. Por ahora, está afectando más a adultos jóvenes de 30 a 40 años sin comorbilidades. Pero si comienza a transmitirse más en personas de riesgo, quizás se viva un invierno complicado”, expresó Fernando Riera, jefe de Infectología del Sanatorio Allende.

El infectólogo señaló que también se registra un aumento de neumonías por causas no determinadas, que no se atribuyen ni a COVID-19 ni a influenza. “Estos casos, que son normalmente invernales, se están empezando a ver en los meses de calor”, indicó.

## La situación en Córdoba

Laura Raquel López, jefa de Epidemiología del Ministerio de Salud provincial, informó que en lo que va del año se registraron 20 casos de influenza y dos hospitalizaciones por esta causa. Pero aclaró que esta cifra es la esperable. “Córdoba, para esta época, ya tiene este nivel de detección, si nos remitimos a los años anteriores a la pandemia. Por el momento, hay circulación del virus de la influenza pero todavía no es masiva”.

La cepa A(H3N2) es la más frecuente. Los departamentos que reportaron casos son Capital, Colón y San Justo. “El sistema de salud está más sensible. Tenemos más notificaciones”, agregó.

Desde mediados de febrero, Córdoba comenzó a implementar un nuevo esquema de detección de virus respiratorios “que acompaña la transición que se está haciendo en la vigilancia del SARS-CoV-2”, informó López. “Cuando un paciente llega con síntomas respiratorios, lo primero que se hace es descartar COVID-19. Después, siguiendo un algoritmo, se estudia el resto de las patologías hasta llegar a un diagnóstico diferencial”.

Esta estrategia permite detectar qué circula y con cuánta intensidad. Para eso se implementó un nuevo plan de vigilancia centinela, que incluye centros de atención primaria de la ciudad

de Córdoba y del interior. También hospitales en departamentos que atienden consultas ambulatorias. Esto se suma a la tradicional vigilancia de virus respiratorios que se realiza en pacientes internados y en menores de 5 años.

La especialista estimó que a comienzos de abril arrancará la campaña de vacunación antigripal, dependiendo de los insumos que envíe la Nación. Invitó a las personas que integran los grupos de riesgo a aplicarse la dosis correspondiente para estar protegidas durante el invierno.

## Introducción

En Argentina, la vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada, en el marco de la vigilancia del síndrome febril agudo inespecífico (SFAI) y de los casos que cumplen con definiciones específicas para cada una de las arbovirosis; la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>). La vigilancia integrada de arbovirosis incluye el estudio de dengue, fiebre zika, fiebre chikungunya, fiebre amarilla, encefalitis de Saint Louis y fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; asimismo, la vigilancia del SFAI integra patologías como hantavirosis, leptospirosis y malaria, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos.<sup>1</sup>

## Situación epidemiológica

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 31 y 6 de 2022, se estudiaron 368 casos sospechosos de encefalitis de Saint Louis, enfermedad por el virus Zika, síndrome congénito con sospecha de asociación con virus Zika, síndrome de Guillain-Barré u otros síndromes neurológicos con sospecha de asociación con virus Zika, fiebre del Nilo Occidental, fiebre chikungunya y fiebre amarilla.

Dentro de los casos estudiados, se registró un caso probable de encefalitis de Saint Louis (Córdoba, SE 43). Para el resto de los casos, 82% presentó pruebas de laboratorio negativa y 18% se encuentran en estudio.

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

## Situación epidemiológica del dengue

Entre las SE 31 de 2021 y 6 de 2022, se registraron dos casos confirmados de dengue con antecedente de viaje a Brasil y además un caso autóctono confirmado en la provincia de Salta. Del total de casos notificados correspondientes al período de estudio, 20 de ellos presentaron pruebas positivas que no permiten confirmar la infección (casos probables), sin antecedente de viaje. Además, se registra un caso probable importado de Perú (SE 45) en la provincia de Buenos Aires. Los casos sin antecedente de viaje corresponden a cinco en Buenos Aires (SE

<sup>1</sup> El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue y otras arbovirosis se realiza por “temporada”, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la semana epidemiológica 31 a la 30 del año siguiente, para considerar en su conjunto los meses epidémicos.

38, 49, 1, 2 y 5), cuatro a Formosa (SE 39, 40, 42 y 52), dos a La Rioja (SE 52 y 1), tres a Tucumán (SE 46, 1 y 2), dos a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (SE 45 y 49), dos a Chaco (SE 47 y 48), uno a Santa Fe (SE 48) y uno a Salta (SE 4). El 53% mostraron resultados no conclusivos, 34% fueron descartados, 11% son casos sospechosos pendientes de resultados y el restante 1% son casos probables.

El caso autóctono de dengue confirmado detectado en la SE 5 de 2022 evidencia el reinicio de la circulación viral en el país para el momento actual. Se registraron dos casos confirmados de dengue con antecedente de viaje a Brasil en la SE 5, uno de ellos con identificación del serotipo DENV-2.

Los casos probables se distribuyeron entre las SE 38 de 2021 y SE 6 de 2022. Se registraron casos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires, Formosa, La Rioja, Tucumán, Chaco, Santa Fe y Salta. Ninguna de las provincias registra más de un caso probable semanal hasta el momento.

Los casos de dengue clasificados como probables pueden presentar pruebas positivas para anticuerpos IgM, lo cual podría ser indicio de una infección actual, reciente, e incluso puede ser indicio de una infección por otro arbovirus, por lo que no es suficiente esta información para confirmar el caso. Por otro lado, también se clasifican como probables, casos que han presentado pruebas reactivas de antígeno NS1.

De los 20 casos probables sin antecedente de viaje, cinco presentan pruebas de antígeno NS1 positiva y 14 IgM reactiva. Los casos con prueba antigénica positiva se distribuyeron en Buenos Aires (SE 49 y 2), CABA (SE 45), Formosa (SE 52), Salta (SE 4) y aquellos que sólo registran IgM positiva corresponden a Buenos Aires (SE 38, SE 1 y 5), CABA (SE 49), Chaco (SE 47 y 48), Formosa (SE 39, 40, 42), Santa Fe (SE 48), Tucumán (SE 46, 1 y 2) y La Rioja (SE 52 y 1).

Para esta temporada (SE 31 de 2021 a 6 de 2022), 24 provincias notificaron casos con sospecha de dengue, alcanzando un total de 1.977 notificaciones de este evento. Las notificaciones por SE de casos con sospecha de dengue mostraron una tendencia distinta a los años no epidémicos, con picos en el mes de noviembre (SE 47 y 48) del año 2021, disminuyendo la tendencia desde el comienzo del año 2022.

La mayor parte de las notificaciones provinieron de la región Noroeste Argentino (NOA), principalmente de Salta y Jujuy. La región NOA presentó casos en dos de sus provincias; Catamarca y Salta. La región Centro es la segunda región con mayor número de notificaciones, siendo las provincias de Buenos Aires y Santa Fe las que mayor número presentan. Sigue la región Noreste Argentino (NEA), donde Chaco y Misiones presentan el mayor número de notificaciones.



## CONSIDERACIONES DE SALUD PARA PAÍSES QUE RECIBEN REFUGIADOS Y REPATRIADOS POR LA EMERGENCIA EN UCRAANIA

12/03/2022

### Introducción

Desde hace varias semanas se viene reportando un desplazamiento masivo de población desde Ucrania a países y territorios de Europa y otros continentes. Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó como preocupaciones prioritarias de salud pública en Ucrania, las lesiones y trauma relacionados al conflicto bélico, exacerbados por la falta de acceso a los servicios de salud por parte de pacientes y personal de salud debido a la inseguridad y la falta de acceso a medicamentos, vacunas y suministros vitales. Son también motivo de preocupación el exceso de morbilidad y mortalidad debido a la interrupción de los servicios esenciales para la atención de enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, etc.) y enfermedades agudas maternas, neonatales e infantiles. Adicionalmente existe el riesgo de mayor ocurrencia de enfermedades transmisibles como la COVID-19, influenza, sarampión, poliomielitis, difteria, tétanos neonatal y no neonatal, tuberculosis, VIH y enfermedades diarreicas, incluyendo cólera, debido a la destrucción generalizada de la infraestructura crítica, lo que consecuentemente ha ocasionado la falta de acceso a la atención médica y medicamentos, agua potable, saneamiento e higiene, así como desplazamiento de población, el hacinamiento y la cobertura de vacunación inadecuada. A esto se suma la salud mental y salud psicosocial, debido al estrés significativo por el conflicto y dos años consecutivos de la pandemia de COVID-19.

La mayoría de la población desplazada desde Ucrania, son mujeres, niños y adultos mayores. La condición de desplazamiento es un factor de riesgo para enfermedades transmisibles y enfermedades prevenibles por vacunación, entre otras.

La población desplazada está acompañada de animales de compañía como perros y gatos, y los países receptores por medio de sus autoridades competentes han facilitado el proceso y los requerimientos para el viaje con mascotas en el contexto de la crisis en Ucrania. Sin embargo, debe considerarse que, en Ucrania, la rabia sigue siendo endémica en animales silvestres, perros y gatos.

En Ucrania, durante los últimos cuatro años se han registrado casos de difteria, sarampión, rubéola, enfermedad meningocócica, tos convulsa, infecciones por poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (dos casos notificados en 2021), entre otras. Las coberturas de vacunación de las enfermedades mencionadas, para 2020, estuvieron por debajo de 90% a nivel nacional. Hasta el 23 de febrero de 2022, la cobertura de vacunación contra la COVID-19 con la serie primaria fue de 35%, y 1,5% de la población recibió una dosis adicional de refuerzo. En

febrero de 2022 se había iniciado una campaña suplementaria de vacunación contra la poliomielitis, la cual fue suspendida por el conflicto en curso.

Todo lo mencionado puede conducir a un exceso de morbilidad y mortalidad en desplazados. Por lo tanto, los países receptores deberían dar prioridad a la prestación de servicios de salud a la población, además de fortalecer y adecuar los sistemas de alerta temprana y respuesta.

En la Región de las Américas, países como Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Perú y República Dominicana, entre otros están tomando acciones para recibir a nacionales repatriados desde Ucrania.

## **Recomendaciones para las autoridades nacionales**

Ante el desplazamiento de población hacia países y territorios de la Región de las Américas y en el contexto de la pandemia de COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomendó a los Estados Miembros las siguientes acciones para la preparación y respuesta:

### **1. Fortalecer los mecanismos de coordinación dentro y fuera del sector salud**

El intercambio de información oportuno es esencial para coordinar, alertar y tomar decisiones sobre la asistencia a los desplazados, por lo que se recomienda mantener y reforzar:

- La coordinación del sector salud con otros sectores, como sistemas nacionales de gestión de riesgo y emergencias, salud animal, migraciones, relaciones internacionales, entre otros.
- La coordinación con otras agencias del sistema de la Organización de Naciones Unidas (ONU), como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), entre otros.
- La activación de equipos multidisciplinarios nacionales y una sala de situación estratégica, para el monitoreo de la asistencia a los desplazados, los eventos de riesgo a la salud pública, la evaluación de riesgo y la implementación de acciones de intervención.
- Coordinar con otros sectores para identificar los idiomas o dialectos más usuales de los desplazados, para facilitar la comunicación durante la asistencia humanitaria integral, antes, durante y después de llegar al país receptor.

### **2. Fortalecer y adecuar el sistema de vigilancia y respuesta**

La OPS/OMS reiteró a los Estados Miembros que el sistema de vigilancia de los países y territorios debe adecuarse para la rápida detección y alerta temprana de eventos de salud pública que afecten a desplazados y que requieran una respuesta inmediata. Para ello, se recomienda el establecimiento de un sistema de alerta y respuesta temprana (SART).

Es importante que el SART sea lo suficientemente sensible y que involucre a otros sectores para detectar y responder rápidamente a las señales provenientes de fuentes formales e informales, dentro y fuera del sector salud.

La vigilancia sindrómica y la vigilancia comunitaria pueden ser estrategias clave para detectar eventos de riesgo para la salud pública, que desencadenen medidas de prevención y control oportunas, así como para realizar el monitoreo de las tendencias y la efectividad en la aplicación de las medidas de salud pública.

### **3. Implementar estrategias para facilitar la atención de la salud y el acceso a servicios de salud de la población de repatriados y refugiados**



Son varios los factores de riesgo a los que los desplazados pudieran haberse expuesto, esto incluye, pero no se limita a: estrés, desnutrición, hacinamiento, violencia física y psicológica, violencia sexual, exposición a enfermedades transmisibles, interrupción de esquemas de vacunación en niños menores de 5 años, interrupción de tratamiento y/o monitoreo de enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades transmisibles (tuberculosis, diabetes, enfermedades mentales, entre otras), exposición a elementos biológicos, químicos o radioactivos, entre otros.

Antes de la salida hacia el país receptor, se recomienda:

- Orientar al equipo encargado de la repatriación o de la migración sobre el procedimiento a seguir a la llegada al país receptor.
- Identificar a personas con necesidades urgentes de cuidados médicos y brindar el soporte médico inmediato conforme a los protocolos de atención del país receptor.
- La aeronave usada para el transporte de desplazados debe estar equipada con el kit de primeros auxilios y medicamentos e insumos que pudieran necesitarse, se sugiere incluir: antieméticos, antipiréticos, ácido acetilsalicílico, ansiolíticos, antihipertensivos, glucosa, insulina, entre otros; se debe considerar la presentación pediátrica de estos medicamentos.

A la llegada al país receptor, éste deberá implementar estrategias que faciliten el acceso de esta población a servicios de salud integrales:

- Implementar un sistema de triaje en puntos de entrada críticos. Los equipos de triaje deberán:
  - Implementar un cuestionario mínimo con preguntas estandarizadas con el objetivo de registrar:
    - Datos demográficos: nombre completo, edad, lugar de procedencia, y lugares por donde transitó.
    - Condiciones de salud: comorbilidades y medicación de uso crónico discontinuada durante el tránsito, alergias, embarazo, exposición a agentes biológicos, químicos o radioactivos.
    - Antecedente vacunal.
  - Verificar el estado vacunal contra la COVID-19.
  - Verificar el estado vacunal de los niños menores de 5 años en relación al calendario del programa de vacunación del país receptor. La OPS/OMS reiteró las recomendaciones puntuales para la prevención de brotes de poliomielitis, sarampión y rubéola, en la sección titulada *Reduciendo el riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación en situaciones de emergencias humanitarias* del [Boletín de Inmunización](#) publicado en septiembre de 2021.
  - Verificar el estado vacunal contra tétanos en todas las personas mayores de 5 años debido al alto riesgo de lesión corto-punzante previa.
  - Identificar personas con síntomas y/o signos compatibles con la COVID-19. A estas personas se les recomienda realizar una prueba para detección de SARS-CoV-2 en el punto de entrada. Independientemente del resultado de la prueba para detección de SARS-CoV-2 y el estado vacunal, la persona deberá estar en aislamiento por un periodo de 10 días (desde el inicio de síntomas) en su domicilio o albergue asignado, siguiendo las recomendaciones generales contenidas en las [Alertas y Actualizaciones epidemiológicas para COVID-19](#).
  - Identificar personas que cumplan con definiciones de caso sospechoso de una enfermedad de notificación obligatoria; cuando esto ocurra, se deberá notificar el caso

- en el sistema de vigilancia epidemiológica, conforme a las directrices del país receptor y del [Reglamento Sanitario Internacional \(RSI 2005\)](#).
- Recolectar muestras de materia fecal de todo menor de 5 años, independientemente del estado de salud, con la finalidad de investigar la circulación de poliovirus entre los desplazados.
  - Identificar de manera oportuna la ocurrencia de enfermedades diarreicas dado el alto riesgo de exposición previa a ambientes sin saneamiento adecuado. Ante el caso identificado, iniciar proceso de hidratación y manejo de acuerdo con los protocolos establecidos en el país receptor.
  - Identificar la ocurrencia de enfermedades virales respiratorias (no-COVID-19), prioritariamente influenza y virus sincicial respiratorio; especialmente en los siguientes grupos: a) niños, b) adultos mayores, c) personas con comorbilidades, d) personas inmunocomprometidas y e) mujeres embarazadas. Ante el caso identificado, iniciar el manejo de acuerdo con los protocolos establecidos en el país receptor.
  - Identificar las mujeres embarazadas o púerperas y referirlas a servicios de salud designados para que puedan continuar su atención prenatal y detectar posibles riesgos. La atención pre y post natal se realizará de acuerdo con los protocolos establecidos en el país receptor.
  - Garantizar el acceso a medicamentos esenciales, vacunas e insumos para responder a las necesidades de los desplazados, de acuerdo con los protocolos establecidos en el país receptor.
- Implementar brigadas móviles multidisciplinarias para la atención inmediata a desplazados; éstas podrán estar en puntos de entrada u otros lugares de concentración de los desplazados. Las brigadas, entre otras actividades, priorizarán las siguientes:
    - Verificar y completar esquemas de inmunización, conforme a las directrices nacionales de inmunización del país; esto se aplica a vacunación de rutina y vacunación contra la COVID-19, teniendo en cuenta los principios y consideraciones clave de la [Guía provisional de la OMS sobre vacunación contra la COVID-19 entre refugiados y migrantes](#).
    - Brindar el tratamiento para enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades transmisibles (tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otras), de acuerdo con los protocolos establecidos en el país receptor.
    - Brindar el tratamiento para enfermedades agudas maternas, neonatales e infantiles, entre otras, de acuerdo con los protocolos establecidos en el país receptor.
    - Notificar al sistema de vigilancia epidemiológica cualquier caso sospechoso de una enfermedad de notificación obligatoria, conforme a las directrices del país receptor y al [Reglamento Sanitario Internacional \(RSI 2005\)](#).
    - Monitorizar la situación de salud de los desplazados por un periodo determinado, con la finalidad de brindarles atención oportuna e identificar eventos que pudieran constituir un riesgo para la salud pública.
  - Disponer profesionales de salud mental que puedan realizar la evaluación y brindar atención a los desplazados. La OPS/OMS reitera las recomendaciones de la [Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres](#).
  - Establecer una línea gratuita para consultas o reportes de salud de los desplazados.
  - Establecer mecanismos para la prevención y protección contra la explotación y abuso sexual y el acoso sexual de los desplazados. Brindar profilaxis post-exposición en víctimas de abuso sexual, de acuerdo con los protocolos del país receptor.

#### 4. Medidas de prevención en albergues

En caso de que se habiliten albergues, la OPS/OMS reiteró las recomendaciones sobre las medidas de prevención que aplican a albergues, descritas en los documentos:

- [Orientaciones para la protección de la salud de las personas migrantes.](#)
- [Alerta Epidemiológica: Eventos de salud pública post-inundación en el contexto de la pandemia por la COVID-19.](#)
- [Guía para albergues en el Caribe. Consideraciones sobre la COVID-19.](#)

---

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

Seidy Sebastiana Amador recibió una visita en su casa, en Medio Queso de Los Chiles, a pocos kilómetros de la frontera con Nicaragua. Erick Hernández, asistente técnico de atención primaria en salud (ATAPS) llegó a ofrecerle una prueba diagnóstica rápida para saber si era positiva para la malaria, la enfermedad que acecha en estas comunidades fronterizas.



Ella no tenía síntomas, pero había estado en contacto con alguien que enfermó, y por eso el funcionario necesitaba descartar con esa prueba, que da resultados en cuestión de 15 minutos. El resultado fue negativo, pero no siempre es así.

En lo que va del año, las autoridades de salud han confirmado 85 casos de la enfermedad en los territorios cercanos a la frontera norte. Son producto de un brote que comenzó en septiembre del año pasado, cuando hubo 138 casos (90 autóctonos, 48 importados de Nicaragua), de los cuales 13 recayeron en sus síntomas.

Donald Orozco es uno de ellos. Fiebre y dolor de cabeza dieron la voz de alerta, por lo que a los días buscó atención médica y le confirmaron la malaria. Con solo tomar el primer medicamento se sintió mejor. A los días ya estaba trabajando, pero sabía que todavía debía seguir con el tratamiento.

“Hay gente que dice que las pastillas lo golpean a uno, yo me he sentido bien”, resumió este trabajador de una plantación.

Costa Rica tiene tres focos activos en la zona norte: Los Chiles, Crucitas-Llano Verde y Boca Arenal. De momento, no se registran fallecimientos.

También hay brotes en comunidades del sur de Nicaragua, pero como son territorios transfronterizos, donde las personas tienen una movilidad muy activa, es fácil que el mal pueda diseminarse. Además, se complica que los enfermos cumplan el tratamiento que en los casos más graves es de dos pastillas por día, durante siete días.

“Hay mucha población informal, migrantes en situación irregular, muchos temen que no se les atenderá si buscan un servicio de salud o se les cobrará mucho, cuando la malaria sí es atendida”, señaló Elena Rodríguez, encargada de apoyo técnico para la iniciativa de eliminación de la malaria en la región Huetar Norte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Enfrentar esta situación en época de pandemia de COVID-19 complica la situación: en brotes anteriores no se había tenido esta particularidad.

“Trasladamos personas de otras áreas rectoras a Los Chiles para que nos pudieran colaborar en la búsqueda activa. Solo con los inspectores que tenemos ahí no damos abasto”, enfatizó Claudia Rosales, directora de la Dirección Regional Huetar Norte del Ministerio de Salud.

Rosales y Rodríguez coincidieron en que hay otro problema: la automedicación, pues las personas quieren sentirse bien para seguir trabajando. Como malaria y COVID-19 tienen síntomas en común, algunos huyen de una orden sanitaria.

Esta orden no se da en malaria, donde la persona vuelve a trabajar apenas se siente bien y continúa con los medicamentos. Sin embargo, el temor dificulta que busquen el diagnóstico, por lo que se corre el riesgo de que la medicación comience más tarde y la enfermedad haya avanzado más.



La prueba rápida consiste en tomar unas gotas de sangre de la persona y en cuestión de minutos determinan si hay presencia de uno de los parásitos causantes de la malaria.

### ¿Por qué esta enfermedad es de tanto cuidado?

La malaria es causada por el parásito *Plasmodium*. Es transmitida por la hembra de mosquitos del género *Anopheles*. Su transmisión es muy similar a la de otras enfermedades vectoriales, como el dengue o la fiebre zika: si un mosquito pica a una persona con malaria, este se volverá portador del parásito, y cuando pica a otras personas las infectará.

“Es normal que el mosquito con el parásito pique a varias personas en una misma habitación y contagie a varios a la vez, por eso se les hacen pruebas rápidas también a los contactos”, manifestó Alid Mario Rosales, coordinador de ATAPS del Área de Salud de Los Chiles.

Existen varias especies de *Plasmodium*; cinco de ellas afectan a los seres humanos. En Costa Rica circulan las dos más comunes a nivel mundial. *P. falciparum*, es la principal, pero también circula *P. vivax*.

“*P. vivax* fue la más común durante décadas, pero a partir de 2016, cuando la malaria se reintrodujo luego de dos años sin casos, *P. falciparum* se volvió la más común”, explicó Gabriela Rey, oficial técnica para malaria y otras enfermedades vectoriales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Durante 2021, *P. falciparum* correspondió a 77% de los casos.

“La infección por *P. falciparum* es la más fatal si no es tratada a tiempo y podría tener serias complicaciones renales y cerebrales, e inclusive la muerte”, expresó Rey.

### El tratamiento

La atención depende de cuál parásito es el causante. La prueba de detección rápida indica si la infección es por *P. vivax* o por *P. falciparum*, por lo que es más fácil saber cuál es el tratamiento que se dará.

Alid Mario Rosales explicó que el tratamiento se lleva directamente al lugar de residencia o trabajo de la persona todos los días. Consta de dos píldoras: cloroquina y primaquina. La cloroquina ataca el parásito en sangre y la primaquina en hígado.

Si la infección es por *P. vivax* se debe tomar por siete días, si es por *P. falciparum*, por tres. Si la persona deja el tratamiento antes, el parásito puede no haberse combatido del todo y generar resistencia a los medicamentos, con lo que sería más difícil atacarlo. Es por ello que la terapia se toma en presencia de un ATAPS.

Hernández es el ATAPS encargado de llevarles el tratamiento y darles seguimiento. “Nos ponemos de acuerdo a ver a qué hora puedo llegar a verlos, donde ellos me digan, pero me ha tocado corretear a más de uno para que no pierda el tratamiento”, reconoció.

## ¿Cómo se controla?

Se requiere del trabajo de varias instituciones. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud y la OPS trabajan en alianza con empresas y fincas de la zona, con líderes comunales y con los vecinos.

Rodríguez explicó que la estrategia se conoce como DDTR: detección, diagnóstico, tratamiento y respuesta. La detección debe darse en las primeras 24 horas de síntomas, diagnosticarse con una prueba rápida como máximo después de 48 horas, tratarse de inmediato y que se identifique si el caso es autóctono o importado.

Constantemente se realizan barridos por las comunidades que presentan mayor vulnerabilidad, como La Trocha, Santa Fe, Primavera, La Virgen, San Gerardo, Santa Cecilia, San Francisco, Hernández, Medio Queso, El Parque, Las Delicias y Cuatro Esquinas. En total son 2.277 casas que están en constante monitoreo, confirmó Claudia Rosales.

Los ATAPS y los inspectores del Ministerio de Salud son piezas vitales en la atención. Estas personas conocen a la población, la dinámica en la que se desenvuelven por trabajo.

Se tiene una buena comunicación con los líderes comunales, quienes les recalcan a los vecinos la importancia de informar cuando hay síntomas, de no automedicarse y de ser rigurosos con el medicamento recetado.

## ¿Por qué hay brotes en el sector fronterizo?

Hay dos razones, una es la altísima movilidad de quienes viven o trabajan en la zona. Si viajan con la enfermedad, pueden ser picadas por un mosquito y este puede llevarlo a otras personas. Si la persona no ha sido tratada, aumentan las posibilidades de continuar con el parásito y, si lo pican otros mosquitos pues llevarán el mal consigo.

La otra razón es que el terreno se presta para que se formen cuerpos de agua que atraen al mosquito para su reproducción. Al igual que con *Aedes aegypti*, transmisor del dengue, la hembra de *Anopheles* deposita huevos en el agua. Es común que la lluvia forme lagunas o pantanos que son aptos para que el mosquito deje sus huevecillos, y estos cuerpos de agua permanecen por meses.

El hecho de que el mayor brote esté contenido en la Zona Norte gracias a todos los esfuerzos, no quiere decir que el resto del país no sea susceptible de ello.

“Todo el país es susceptible”, dijo Rodríguez.

## ¿Cuándo podrá decirse que la malaria está eliminada del país?

Para que un país declare la eliminación, cada foco debe primero permanecer tres años sin casos autóctonos. En este momento el país tiene cinco focos activos, los tres de la Zona Norte y uno en el Caribe, en Batán de Limón y otro de reciente surgimiento en el Pacífico Central.

Además de esto hay siete focos residuales inactivos (a la espera de que se cumplan tres años sin casos) y uno ya eliminado en Matina, Limón.

Una vez que todos los focos estén eliminados y el país cumpla tres años sin casos, se declara la eliminación.

Rey confirmó que Costa Rica estuvo con cero casos autóctonos durante 2014 y 2015. En 2016 se dieron cuatro casos en la Región Norte, los que comenzaron a dispersarse hacia los brotes actuales. Desde 2018, el país está en alerta sanitaria por malaria.

Casi dos docenas de casos de legionelosis se han identificado en el Valle de Coachella, que se remontan a casi seis meses, llevaron a los funcionarios de salud del condado de Riverside a recomendar a que cualquier persona que presentara síntomas buscara atención médica.

“Esta es una investigación en marcha”, dijo el Dr. Geoffrey Leung, funcionario del Departamento de Salud Pública del condado. “El departamento recomienda que las personas que viven en las áreas identificadas y que presentan síntomas respiratorios similares a los de una neumonía, como fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, dolores musculares y dolor de cabeza, visiten a su proveedor de atención médica”.

Según el departamento, se han confirmado 20 casos de legionelosis desde el otoño pasado, lo que resultó en dos muertes relacionadas con la enfermedad, aunque una de esas muertes involucró a un visitante del condado. Las autoridades dijeron que los pacientes infectados eran residentes de Palm Desert, Palm Springs y comunidades vecinas. El Departamento de Salud Pública de California está colaborando con el condado para identificar las fuentes potenciales.

Antes de estos casos recientes, no se habían diagnosticado casos de legionelosis en el condado en los últimos años, según el Departamento de Salud Pública. La bacteria *Legionella pneumophila* se propaga comúnmente a través de gotas o nieblas de agua en aerosol, incluso a través de duchas, jacuzzis y unidades de aire acondicionado. No se sabe que se transmita de persona a persona.

Según los funcionarios, los más susceptibles de sufrir un impacto que amenace su vida son los fumadores, las personas mayores y las inmunodeprimidas. La enfermedad respiratoria, y su variante más leve, la fiebre de Pontiac, generalmente se desarrolla durante un período de dos a diez días y comienza inicialmente con dolores de cabeza, dolores musculares y fiebre de 40°C o más. Los síntomas adicionales que surgen pueden incluir dificultad para respirar, tos productiva, dolor en el pecho, disfunción gastrointestinal, incluidas náuseas y diarrea, e incluso incapacidad para pensar con claridad.

---

La noticia no indica si se ha realizado el genotipado de la *Legionella* aislada de los pacientes. La genotipificación de los aislamientos clínicos ayudará a establecer si se trata de un brote de fuente común, si los genotipos coinciden. La comparación de los genotipos de aislamientos clínicos y ambientales de *Legionella* identificará la fuente ambiental para los casos individuales. Sin embargo, si el diagnóstico de legionelosis se basó únicamente en un ensayo de antígeno urinario positivo, no habrá aislamientos clínicos para la determinación del genotipo.

*Legionella* son bacilos gramnegativos que se encuentran tanto en entornos naturales de agua dulce, como lagos y arroyos, como en sistemas de plomería, como cabezales de ducha y grifos de fregaderos, torres de enfriamiento, fuentes decorativas, jacuzzis/spas y tanques de agua caliente y calentadores. Las temperaturas cálidas del agua de 25 a 40°C soportan las concentraciones más altas del organismo en los sistemas de plomería.

La erradicación de estas bacterias de los sistemas de plomería suele ser difícil. La persistencia a largo plazo dentro de estos sistemas de agua se ve favorecida por la ubicación intracelular de *Legionella* dentro de varias especies de protozoos, donde se replica, y que le brindan protección contra factores estresantes ambientales, como biocidas y tratamiento térmico; la formación de biopelículas permite la adherencia de *Legionella* a las superficies internas de los sistemas de plomería.

Se ha demostrado que *Legionella pneumophila*, la especie habitual que causa legionelosis en Estados Unidos, persiste durante largos períodos en biopelículas en un estado viable pero no cultivable (VBNC) después de la exposición a un biocida o tratamiento térmico. El seguimiento de *L. pneumophila* en los sistemas de agua que generalmente se realizan mediante cultivo no detectaría las *Legionella* VBNC, que puede ser revividas mediante la adición posterior de amebas.

La legionelosis toma su nombre de un brote entre personas que asistieron a una convención de la Legión Americana en el Hotel Bellevue-Stratford en Filadelfia en 1976.

El Departamento de Protección Ambiental (DEP) de Pennsylvania confirmó tasas más altas de lo esperado de infección por el virus Powassan en garrapatas de varios condados del estado durante la temporada de vigilancia de 2021, incluidos los condados de Clearfield, Centre, Wyoming, Bradford y Schuylkill.

El virus Powassan se transmite a las personas a través de la picadura de una garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*) infectada, y aunque no se informaron casos en humanos en Pennsylvania en 2021, ya se han detectado diez desde que comenzó la vigilancia en 2011.



Garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*)

Si bien la tasa de infección por virus Powassan en las muestras de garrapatas patas negras en el estado, en la temporada otoño de 2020/invierno de 2021, fue consistente con los hallazgos anteriores de 0,6%, se encontraron puntos críticos con tasas más altas de lo esperado, en los siguientes condados: Wyoming (67%), Clearfield (48%), Centre (40%), Bradford (11%) y Schuylkill (4%). Si bien las enfermedades transmitidas por garrapatas, como la enfermedad de Lyme, requieren que la garrapata infectada permanezca adherida durante más de 24 horas para transmitir la infección, los estudios han demostrado que se puede necesitar mucho menos tiempo para transmitir el virus Powassan.

Se han documentado más de 150 casos en Estados Unidos, principalmente en las regiones del noreste y de los Grandes Lagos.

La mayoría de las personas infectadas con el virus Powassan son asintomáticas. La enfermedad, si se desarrolla, aparece de una semana a un mes después de la picadura de la garrapata. Los síntomas son típicos de la enfermedad arboviral neuroinvasiva e incluyen (pero no se limitan a) fiebre, dolor de cabeza, vómitos, debilidad, estado mental alterado, pérdida de coordinación, dificultades del habla, pérdida de memoria, encefalitis y meningitis.

Se ha documentado la enfermedad por el virus Powassan no neuroinvasiva, que se manifiesta como una enfermedad febril similar a la influenza. La infección puede ser fatal en alrededor de 10% de los casos neuroinvasivos.

No existe un tratamiento específico para la enfermedad por el virus Powassan y solo se puede brindar tratamiento de apoyo. La mejor manera de prevenir la enfermedad es evitar las picaduras de garrapatas.

---

El virus Powassan es un flavivirus, transmitido exclusivamente por garrapatas; se lo considera una variante del virus de la encefalitis transmitida por garrapatas. Causa una enfermedad que solo se registra en los grandes países del Hemisferio Norte: Rusia, Canadá, Estados Unidos. No se tienen registros de casos en el Hemisferio Sur. Los casos producidos son aislados, poco frecuentes y por lo mismo poco estudiados en las universidades y de escaso interés para las grandes farmacéuticas. El primer caso conocido ocurrió en 1958, en Ontario, Canadá donde un niño falleció en la ciudad de Powassan.



Los brotes de gonorrea se están extendiendo rápidamente por los suburbios de Melbourne, y los médicos advierten que los municipios de Melton, Casey y Brimbank ahora están luchando contra una epidemia en evolución de esta infección de transmisión sexual (ITS) que ha alarmado y dejado perplejos a los expertos.

Una nueva investigación, por primera vez, rastreó la distribución geográfica de la gonorrea durante una década y descubrió que clústeres crecientes de esta ITS se infiltraban en algunas de las áreas socioeconómicamente más desfavorecidas de Melbourne.

Si bien la enfermedad circulaba anteriormente entre hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (HSH), un número creciente de mujeres se estaba infectando.

Se desconocen las causas de este fenómeno. Realmente no se sabe si se debe a la falta de alfabetización y servicios de salud sexual, o si los comportamientos son de mayor riesgo en esas áreas. Pero definitivamente los suburbios exteriores se están convirtiendo en el área de mayor preocupación.

Victoria registró más de 7.000 casos de gonorrea el año pasado, en comparación con aproximadamente 6.500 casos en 2020, pero [la detección de personas asintomáticas se desplomó](#) en casi 70% durante la pandemia, y los expertos advierten que el número real de infecciones es probablemente mucho mayor que las cifras oficiales del gobierno estatal.

El estudio encontró que desde 2010, las infecciones de gonorrea en mujeres se habían multiplicado por más de cinco, de 291 en el año a casi 1.600 el año pasado, lo que demuestra que la gonorrea heterosexual ahora es endémica en Australia.

La investigación se produce cuando Victoria lucha contra una [ola de brotes de sífilis](#) que ha provocado al menos cuatro muertes fetales en Victoria en los últimos años después de que varios bebés contrajeran la enfermedad de sus madres. El fuerte aumento de las muertes siguió a una ausencia de 14 años de casos fatales.

Ambas ITS continuaron propagándose en proporciones epidémicas a pesar de los confinamientos prolongados y los estrictos controles fronterizos, que algunos médicos esperaban que frenaran la propagación.

Exactamente por qué ocurre esto sigue sin estar claro. [La creciente investigación sugiere que la actividad sexual casual se redujo](#) y el uso de aplicaciones de citas disminuyó durante la pandemia.

El aumento de la promiscuidad sexual relacionado con la explosión de las aplicaciones de citas podría haber sido un factor que condujo a un aumento sostenido de las ITS. Pero el problema es mucho más complejo que eso: a principios de la década de 2010, antes de que las aplicaciones de citas en línea se convirtieran en algo común, también hubo un aumento en los casos de gonorrea.

Una de las cuestiones más preocupantes es el aumento de la enfermedad entre hombres y mujeres heterosexuales. Los casos han aumentado exponencialmente entre las mujeres de los suburbios de Melbourne.

La investigación encontró que el mayor aumento de casos se produjo entre 2017 y 2019, con 24.825 casos de gonorrea notificados en Victoria, de los cuales 20% eran mujeres, 13% eran hombres heterosexuales y alrededor de 42% eran HSH. También encontró que las tasas de infecciones de ITS se habían más que triplicado en los suburbios exteriores de Melbourne.

Las infecciones de gonorrea entre HSH se concentran en el interior metropolitano de Melbourne, y los expertos dijeron que la investigación mostró que esta cohorte tenía más probabilidades de ser examinada regularmente para detectar ITS, lo que puede explicar las tasas más altas de detección.

Pero lo que preocupa cada vez más a los médicos es el creciente número de casos entre mujeres concentradas en los suburbios exteriores, donde persiste una preocupante falta de detección de ITS en los servicios de salud y existe una necesidad urgente de mayor apoyo.

Los datos del [informe de vigilancia de enfermedades infecciosas](#) del gobierno de Victoria muestran que la ciudad de Yarra, que incluye los suburbios de Fitzroy, Collingwood y Abbotsford, tuvo el mayor aumento de casos, reportando 535 infecciones el año pasado, en comparación con 380 en 2020.

Además, la gonorrea se ha vuelto cada vez más inmune a los antibióticos y se ha detectado una cepa de la bacteria resistente a los medicamentos, en todos los estados y territorios de Australia. Existe preocupación internacional acerca de una creciente resistencia a los antibióticos recetados para tratar la gonorrea, lo que es muy preocupante, ya que causará que la infección se vuelva más difícil de tratar.

Los expertos ahora estaban examinando dónde los victorianos contraen la gonorrea. Una limitación del reciente estudio es que se basaba en la residencia de los casos notificados.

Existe una sensación de que existe un elemento de marginación relacionado con los brotes. Obviamente, hay algo que genera nuevas infecciones, pero si las pruebas y el tratamiento fueran suficientes para compensarlo, no se produciría un empeoramiento de la epidemia.

Para combatir las crecientes tasas de sífilis y gonorrea, se ha establecido la [Red Victoriana de Salud Sexual](#), que opera en tres clínicas de práctica general en Hillside, Clayton y Tarneit.

China registró el 13 de marzo 3.939 contagios de COVID-19 en 24 horas, la cifra más alta en dos años en el gigante asiático, donde la población de varias ciudades fue confinada por brotes del virus, informó la Comisión Nacional de Salud, al tiempo que crece la ansiedad entre los habitantes por la continuidad de la política de cero contagios.

El aumento en los contagios llevó a las autoridades a cerrar escuelas en Shanghái y confinar a los habitantes de ciudades en el noreste del país, mientras que 19 provincias enfrentan brotes de las variantes Omicron y Delta del SARS-CoV-2.



En la ciudad de Jilin, en el noreste del país, los habitantes de centenas de barrios fueron confinados parcialmente, anunció el 13 de marzo un responsable municipal.

China, cuna del virus, ha seguido una política estricta de cero casos con confinamientos, restricciones de viaje y pruebas masivas cuando se detectan focos infecciosos.

Sin embargo, la cifra de contagios en el país de 1.400 millones de habitantes es pequeña si se compara con las de otros países.

Los pobladores de Jilin han completado seis rondas de pruebas masivas, dijeron las autoridades. El 13 de marzo, la ciudad reportó más de 500 casos de la contagiosa variante Omicron.

La ciudad vecina de Changchún, un centro industrial de 9 millones de habitantes, decretó el confinamiento el 11 de marzo.

“El brote refleja que la variante Omicron se propaga de manera oculta, es muy contagiosa, rápida y difícil de detectar en las fases iniciales”, comentó el 13 de marzo Zhang Yan, autoridad sanitaria provincial de Jilin.

“Los mecanismos de respuesta de emergencias en algunas áreas no son lo suficientemente robustos, hay falta de recursos médicos, no hay suficiente comprensión de las características de la variante Omicron y ha habido decisiones inadecuadas”, agregó Zhang.

El alcalde de Jilin y el jefe de la comisión de salud de Changchún fueron separados de sus cargos el 12 de marzo, en una señal del imperativo político impuesto a las autoridades locales para combatir los brotes.

Las ciudades menores de Siping y Dunhua, ambas en la provincia de Jilin, fueron confinadas el 10 y el 11 de marzo, según anuncios oficiales.

Yanji, una ciudad de 700.000 habitantes en la frontera con Corea del Norte, ha sido totalmente confinada.

## **Cansancio**

En Shenzhen, una ciudad de unos 13 millones de habitantes que limita con Hong Kong, los residentes expresaron su angustia por el aumento de los casos y la respuesta draconiana de las autoridades sanitarias, que han puesto el distrito de Futian (de 300.000 habitantes) bajo confinamiento.

Asimismo, la ciudad de Hunchun, fronteriza con Rusia y Corea del Norte, fue confinada el 1 de marzo, dijeron las autoridades. Tres hospitales fueron construidos aceleradamente en esa ciudad para atender a pacientes de COVID-19.

Sin embargo, hay evidencia de agotamiento con el abordaje estricto en China, y algunas autoridades han buscado medidas más blandas y focalizadas para contener el virus, al tiempo que economistas alertan de daños a la economía por los confinamientos.

Con el aumento de contagios desde febrero, la respuesta en diferentes partes del país ha sido en general más blanda que en diciembre, cuando los 13 millones de habitantes de la ciudad nortea de Xi'an fueron confinados durante dos semanas.

Por el contrario, en la ciudad más grande de China, Shanghái, las autoridades cerraron temporalmente algunas escuelas, empresas, restaurantes y centros comerciales en lugar de ordenar confinamientos masivos.

En hospitales de la ciudad se formaron largas filas de personas en busca de una prueba para la COVID-19.

La semana pasada, una autoridad científica china dijo que el país debería aspirar a convivir con el virus, como lo hacen otros países donde la variante Omicron se ha extendido rápidamente.

Nueva Zelanda registró recientemente un fuerte aumento en las infecciones por *Vibrio parahaemolyticus*. en enero de este año se reportaron 30 enfermos, frente a tres en el mismo mes de 2021.

Seguridad Alimentaria de Nueva Zelanda ya había recordado a los consumidores que cocinaran bien los mejillones ante la evidencia que sugería que un cambio en la temperatura y las condiciones del agua puede hacerlos más susceptibles a la bacteria.



Diecinueve casos fueron informados por la Junta de Salud Distrital (DHB) de Canterbury, siete por la DHB de Bay of Plenty and Lakes, y cuatro por la DHB de Auckland y Northland. Trece personas fueron hospitalizadas.

Las personas enfermas habían consumido una variedad de mariscos crudos y cocidos, incluidos cangrejos de río, mejillones, erizos, ostras, bacalao, pargo y otras especies. También se identificaron varios tipos de secuencias diferentes, lo que significa que probablemente había más de una fuente de contaminación.

---

*Vibrio parahaemolyticus* es una bacteria gram negativa, halófila, anaerobia facultativa, curva y móvil, ampliamente difundida en entornos marinos y costeros, libre o asociada a zooplancton, peces y mariscos. Es un patógeno zoonótico, principal agente implicado en gastroenteritis aguda asociada a alimentos marinos, aunque también afecta a otros hospedadores como el camarón.

Es una bacteria predominante del aparato digestivo de moluscos bivalvos que, al alimentarse por filtración, acumulan y concentran contaminantes naturales o antropogénicos, lo que hace que sea uno de los principales alimentos asociados a intoxicación alimentaria por *V. parahaemolyticus*.

Su distribución está determinada por factores de salinidad y de temperatura de las aguas. Asimismo, la enfermedad asociada con *V. parahaemolyticus* tiene un marcado carácter estacional, generalmente son los países de aguas templadas y los meses de calor donde se reportan más casos. Aunque el consumo de moluscos, crustáceos y pescados crudos o insuficientemente cocidos es la fuente más importante de la enfermedad, también se han descrito casos asociados a una mala manipulación o por cocinado con agua de mar contaminada.

*V. parahaemolyticus* se clasifica en serotipos basados en la combinación de antígenos somático O y capsular K. Se han descrito una gran variedad de serotipos tanto clínicos como ambientales.

*V. parahaemolyticus* causa tres tipos de síndromes: un cuadro gastrointestinal generalmente autolimitado que, en ocasiones, se complica con septicemia que puede ser mortal en pacientes inmunocomprometidos o con una condición médica subyacente. También, se ha descrito en bañistas o pescadores, un tercer cuadro asociado a infección de heridas.

*V. parahaemolyticus* se aisló por primera vez en 1950 en Japón. Desde entonces su incidencia ha ido en aumento asociado al surgimiento de serotipos pandémicos que se han expandido de forma rápida ocasionando grandes brotes en Asia, América y África, y a la aparición de múltiples variantes consecuencia de la gran variabilidad génica de la bacteria.

En países asiáticos y en Estados Unidos es la causa principal de gastroenteritis asociada a alimentos marinos, pero las infecciones en Europa son más esporádicas, aunque, como ocurre con otras enfermedades transmitidas por alimentos, son los casos más graves los que se notifican con mayor frecuencia, y al no incluirse en la Lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria, su prevalencia podría estar subestimada.

Como consecuencia del cambio climático se está produciendo un aumento constante de la temperatura oceánica, con mayor repercusión en zonas costeras, asociándose a una mayor presencia de *V. parahaemolyticus*. Esto ha llevado a considerar a *V. parahaemolyticus* un patógeno emergente, que requiere una intensa vigilancia y control.

La ecología y patogenicidad de *V. parahaemolyticus* hace que sea considerado un patógeno emergente de especial relevancia en los alimentos de origen marino, así como un indicador del impacto de los fenómenos climáticos en el medio marino..

Un trabajador de un rancho de caballos en el norte de Taiwán ha sido diagnosticado con hantavirosis, el primer caso de este año en el país.

El paciente, que tiene unos 40 años, no tiene antecedentes de viaje y se cree que contrajo el virus por contacto con heces de ratas en el lugar de trabajo. Con frecuencia se ven ratas, portadoras del virus, en la granja en la que trabaja, manifestó el paciente.

Comenzó a mostrar síntomas de la enfermedad, como fiebre, escalofríos y dolor muscular, el 12 de febrero. Los síntomas persistieron, por lo que buscó asistencia médica el 14 de febrero, después de lo cual fue hospitalizado y le diagnosticaron la infección por hantavirus, dijeron los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Taiwán.

El hombre ya fue dado de alta del hospital y se encuentra en condición estable. Los contactos y las personas que conviven con él no han presentado síntomas, mientras que en el rancho de caballos se ha realizado una desinfección y una investigación.

Taiwán informó diez casos de hantavirosis en 2021, incluidas personas en Kaohsiung, Taipei, New Taipei, Taoyuan, Changhua y Taichung, según los CDC.

---

Taiwán ha registrado casos esporádicos de infecciones por hantavirus en los últimos años.

La noticia no menciona el hantavirus involucrado, ni se identifica la especie de roedor. Sin embargo, la mención de que el rancho de caballos tiene ratas lleva a sospechar del hantavirus Seoul, asumiendo que la rata involucrada era una rata parda (*Rattus norvegicus*), el hospedador natural de este virus.

En Asia, los cinco hantavirus reconocidos, con sus principales especies reservorio de roedores, son el virus Hantaan (*Apodemus agrarius*), el virus Amur (*A. peninsulae*), el virus Thailand (*Bandicota indica*), el virus Seoul (ampliamente distribuido mundialmente en la rata parda, *R. norvegicus*), y el virus Muju (*Myodes regulus*). El virus Hantaan y el virus Seoul causan frecuentemente casos de fiebre hemorrágica con síndrome renal frecuencia en Asia. Las personas se infectan cuando se exponen al virus en los excrementos (orina, saliva y heces) de ratas infectadas. No es necesario tener contacto con la orina líquida; las partículas de polvo contaminadas con orina seca pueden inhalarse. La transmisión también puede ocurrir por mordedura de rata.

El 26 de febrero de 2022, las autoridades de Togo confirmaron un brote de fiebre hemorrágica de Lassa en el distrito sanitario de Oti-Sud, situado en la parte norte del país.

El caso índice es una mujer de 35 años residente de Takpamba, una ciudad fronteriza con Ghana y ubicada a 96 km de Dapaong, la capital de la región de Savanes, que está a 35 km de Burkina Faso. Vivía en el pueblo de Djabata en Benín, y llegó a Takpamba el 4 de febrero de 2022 después de cruzar la frontera entre Benín y Togo. El 11 de febrero presentó fiebre, dolores abdominales y tos, tras lo cual consultó al centro de salud de Takpamba el 14 de febrero.

Como no se observó una mejoría significativa después de tres días de tratamiento oral, fue derivada a un centro de salud de Guerin Kouka donde estuvo hospitalizada durante 24 horas y luego fue enviada al Hospital Esperance, donde fue atendida como paciente ambulatoria. Regresó a este último centro el 22 de febrero, ante la persistencia de los síntomas anteriores, a los que se sumaron vómitos y diarrea sanguinolenta. Por su cuadro clínico se sospechó que se trataba de un caso de fiebre de Lassa e inmediatamente se aisló, se notificó y se tomaron muestras para su confirmación de laboratorio.

El 26 de febrero se confirmó que el caso era positivo para fiebre de Lassa, la misma mañana en que falleció. Se organizó un entierro seguro y digno 24 horas después y se realizó una investigación inicial tanto en el establecimiento de salud como en la comunidad de acogida.

Hasta el 28 de febrero, se habían registrado 26 contactos en torno al caso, en dos distritos sanitarios de la región de Savanes (13 en Oti y 13 en Oti-Sud), incluidos 10 trabajadores de la salud, uno de los cuales estaba sintomático y aislado. Se trata de un trabajador de la salud de sexo masculino de 38 años de edad que reside en la aldea de Mango y trabaja en el Hospital Esperance, donde tuvo un contacto directo con la paciente. De todos los contactos identificados, 14 aceptaron ser muestreados, incluido el caso sospechoso, y todos sus resultados de laboratorio fueron negativos para fiebre de Lassa.

### **Acciones de salud pública**

- El 27 de febrero de 2022, el Ministerio de Salud, Higiene Pública y Cobertura Sanitaria Universal declaró el brote e indicó medidas preventivas a adoptar por la población togolesa.
- Se activó el sistema de gestión de incidentes, localizado en el Centro de Operaciones de Emergencia Nacional. Actualmente se está desarrollando un plan de respuesta.
- Se realizó una profunda investigación en torno al caso confirmado, que identificó 26 contactos, uno de los cuales pasó a ser caso sospechoso y fue aislado de inmediato. Más contactos están siendo seguidos de cerca diariamente.
- Se está reforzando la vigilancia en todos los establecimientos de salud del país, así como las medidas de prevención y control de infecciones.
- Se descontaminó el establecimiento de salud que recibió al paciente y se reforzaron las medidas de prevención y control de infecciones. Se identificó y dispuso una unidad de aislamiento para recibir y atender casos sospechosos y confirmados.
- Las comunidades están siendo sensibilizadas y educadas sobre los beneficios y la aceptación de los entierros seguros y dignos, los primeros signos y síntomas de la enfermedad y

las medidas preventivas. Así, se transmitió un programa radial en dos radios comunitarias del distrito de salud afectado.

### **Interpretación de la situación**

La fiebre hemorrágica de Lassa es endémica en varios países de África Occidental, incluido Togo, que a menudo se ve afectado en menor medida. Sin embargo, desde 2016, se han notificado brotes y casos esporádicos en el país cada pocos años. El último brote notable en Togo se informó en 2017 en el distrito de Oti, el mismo distrito con el brote en curso. El Ministerio de Salud ha demostrado tener una capacidad de respuesta adecuada a los brotes de fiebre de Lassa en el pasado, sin embargo, actualmente existe una falta de recursos para el manejo de casos, así como un número insuficiente de salas de aislamiento, escasez de tratamiento antiviral y terapia de apoyo, y demoras en los tiempos de testeos de respuesta.

### **Acciones propuestas**

- Se debe reforzar el sistema de alerta y alerta temprana en el país, así como la vigilancia comunitaria y de eventos. Esto ayudaría en la detección temprana de cualquier evento de preocupación para la salud pública. En consecuencia, todos los actores relevantes deben ser capacitados.
- Se debe mantener y reforzar el rastreo y seguimiento de contactos. Se deben realizar investigaciones profundas para identificar todos los contactos potencialmente perdidos y las cadenas de transmisión.
- Teniendo en cuenta la proximidad con Ghana y Burkina Faso, se debe reforzar la vigilancia en los puntos de entrada correspondientes.
- Deben continuar las actividades de comunicación de riesgos y participación de la comunidad con respecto a la fiebre de Lassa. En consecuencia, todas las autoridades políticas, administrativas y tradicionales, junto con los líderes comunitarios, deben comprometerse firmemente en la educación de sus comunidades.



Una nueva investigación sugiere que el VIH-1 es más virulento cuando se transmite a través del coito vaginal que a través del coito anal, debido a los cuellos de botella en la transmisión.

Estos cuellos de botella en la transmisión introducen presiones de selección, u oportunidades de evolución que dan lugar a un virus más apto. Se dice que un patógeno que causa una enfermedad más grave es más virulento, y las cepas más aptas tienden a ser más virulentas.

La reducción de las células T auxiliares al principio de la infección se asocia con cepas más virulentas. Sin embargo, no se ha descrito previamente cómo se manifiestan estos cambios en los diferentes grupos de riesgo.

Para comprender mejor las diferencias en la aptitud del virus relacionada con la transmisión en los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y en las personas que practican el coito pene-vaginal, los investigadores analizaron los recuentos de células T cotejando los datos recogidos previamente en grandes estudios sobre individuos infectados por el VIH, tanto HSH como no HSH. Pudieron recopilar datos de 340.000 individuos infectados de diversas etnias de más de 25 países.

Los autores del estudio descubrieron que las infecciones transmitidas a través del coito pene-vaginal se correlacionaban con recuentos de células T más bajos que en el grupo de riesgo de HSH, lo que sugiere una mayor presión selectiva en la transmisión y, a su vez, da lugar a cepas más virulentas que en la transmisión entre HSH.

Sin embargo, el estudio estaba limitado por su dependencia de conjuntos de datos a nivel de población que no podían dar cuenta de los comportamientos específicos que aumentaban o disminuían el riesgo de infección ni estratificar las infecciones no transmitidas sexualmente en ninguno de los grupos de riesgo. Se necesitan más estudios para analizar los datos de transmisión e infección a nivel individual.

Se espera que los cuellos de botella en la transmisión impulsen la evolución del VIH-1 e influyan en el diseño de las estrategias de prevención. Los cuellos de botella se ven afectados por el modo de transmisión.

Dado que los distintos grupos de riesgo tienden a utilizar diferentes modos de transmisión predominantes, es posible que las cepas del VIH-1, directamente afectadas por los cuellos de botella, hayan evolucionado de forma diferente en los distintos grupos. Estos hallazgos tienen implicaciones en la comprensión de la patogénesis, la evolución y la epidemiología del VIH-1.

Los diferentes modos de transmisión del VIH de un individuo a otro pueden ejercer diferentes cuellos de botella sobre el virus. El análisis de las mediciones tempranas del recuento de CD4 de más de 340.000 pacientes revela que las cepas del VIH transmitidas son más virulentas en los individuos heterosexuales que en los HSH, lo que podría afectar de forma diferente a la epidemia del VIH en estos grupos.

La pandemia de [COVID-19](#) puede haber sido tres veces más mortal de lo que sugiere el número de muertos informado.

A nivel mundial, los informes oficiales hasta fines de 2021 muestran que [6 millones de personas](#) han muerto directamente a causa de la COVID-19. Pero un nuevo [estudio](#) estima que desde principios de 2020 hasta fines de 2021, hubo al menos 18 millones de muertes más de lo que los investigadores normalmente esperarían en el transcurso de dos años.

Es posible que parte de este exceso de mortalidad se haya perdido en los recuentos oficiales debido a la falta de recursos de diagnóstico o notificación. Pero algunos pueden atribuirse a otros efectos indirectos de la pandemia, como la falta de acceso a la atención médica, los cambios de comportamiento durante los confinamientos o la crisis económica. No hubo suficientes datos para distinguir la causa de la muerte.

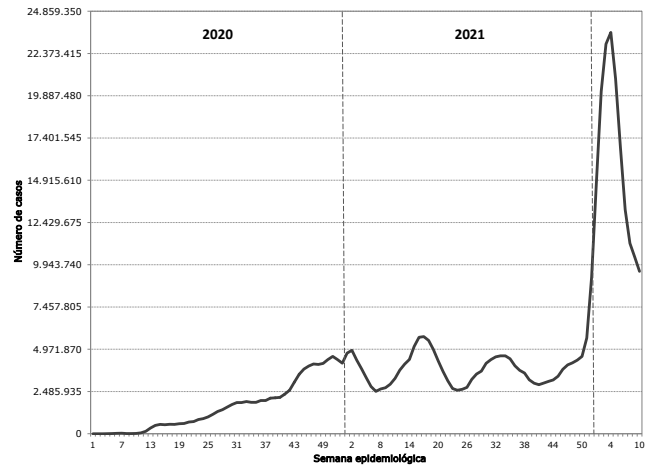
El exceso de mortalidad es una medida mucho más precisa del verdadero impacto de la pandemia, precisamente debido a los problemas conocidos de subregistro de muertes directas por COVID-19 y debido a los efectos indirectos mortales de la pandemia.

Los investigadores analizaron la mortalidad por todas las causas en 187 países, utilizando datos informados semanal o mensualmente cuando estaban disponibles y creando modelos para estimar otros.

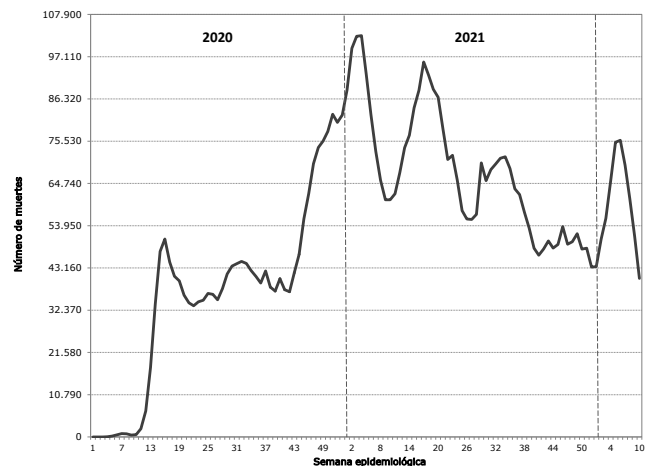
Siete países representaron más de la mitad de todas las muertes en exceso en los últimos dos años: India, Estados Unidos, Rusia, México, Brasil, Indonesia y Pakistán. Hubo más de 4 millones de muertes en exceso solo en India y más de 1,1 millones en Estados Unidos.

Por cada 1.000 personas en el mundo, la pandemia provocó más de una muerte en exceso en el transcurso de dos años, según el estudio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también defendió la importancia de comprender la mortalidad más amplia relacionada con la COVID-19. En febrero de 2021, se formó un grupo asesor en asociación con el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de Naciones Unidas para explorar el tema.



Casos confirmados de COVID-19 a nivel global. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 10 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 12 de marzo de 2022, 05:49 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19 a nivel global. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 10 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 12 de marzo de 2022, 05:49 horas.

Las brechas en los datos de alta calidad, oportunos y desglosados son un gran desafío para la salud mundial. La COVID-19 ha creado una demanda sin precedentes de estos datos. Si bien todos estamos familiarizados con el número de muertes diarias, es probable que las cifras de mortalidad total sean mucho más altas.

Una página de información para el grupo asesor promueve la importancia de comprender estos datos lo antes posible para construir una respuesta equitativa.

Las muertes directamente atribuibles a la COVID-19 brindan solo una perspectiva estrecha de la amplia gama de daños causados por la pandemia. El daño colateral de la COVID-19 es mucho más amplio. Es importante cuantificar esto, ya que puede informar las elecciones que los gobiernos deben hacer con respecto a la priorización entre los sistemas de salud de rutina y de emergencia.

Comprender el exceso de mortalidad también es de vital importancia para las estimaciones futuras de la población mundial y la preparación para una pandemia. Pero una evaluación reciente de la OMS sobre la capacidad de los sistemas de información de salud encontró que en partes de África, solo se registraba 10% de todas las muertes.

Según el nuevo estudio, las tasas de exceso de mortalidad en los últimos dos años de la pandemia de COVID-19 han variado mucho según el país y la región.

Bolivia, Bulgaria y Eswatini tuvieron la tasa de exceso de mortalidad estimada más alta, cada uno con más de seis muertes en exceso cada 1.000 personas. Las tasas de exceso de mortalidad también fueron particularmente altas en sus respectivas regiones: América Latina andina, Europa central y oriental y África subsahariana meridional.

Pero cinco países informaron menos muertes en 2020 y 2021 de lo que habrían predicho las tendencias anteriores: Islandia, Australia, Singapur, Nueva Zelanda y Taiwán.

La causa de la muerte debe investigarse más, pero la hipótesis es que las estrictas políticas de confinamiento en estos países llevaron a menos muertes por factores externos como los accidentes de tránsito. El uso de barbijo y el distanciamiento físico también han llevado a una reducción de la mortalidad por influenza en muchos países.

Ese es el impacto de las políticas de mediación o las estrategias de intervención en la mortalidad por todas las causas.

El exceso de mortalidad debido a la pandemia de COVID-19 varió ampliamente dentro de Estados Unidos. Per cápita, se estimó que era casi el doble en Mississippi que en la nación en general, por ejemplo, pero solo la mitad en el estado de Washington.

Algunos excesos de muertes en Texas son el resultado del apagón que hubo allí el año pasado. Y siempre hay muertes debido a desastres naturales.

Hasta cierto punto, la calidad de los informes dependerá de los recursos disponibles para hacer cosas como las pruebas *post mortem*. Las jurisdicciones con oficinas de médicos forenses que tienen recursos para la investigación de muertes tenderán a hacerlo mejor que su forense electo local.

**Afganistán**

- Esta semana no se informaron casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1). Se notificó un caso en lo que va de 2022, y cuatro casos en 2021.
- Esta semana no se informaron casos de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2). Se registraron 43 casos en 2021.

**Benín**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021.

**Burkina Faso**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron dos casos en 2021.

**Camerún**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021.

**Costa de Marfil**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. No se notificaron casos en 2021.
- Esta semana se informó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Abidjan 2.

**Djibouti**

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron cinco muestras positivas en 2022, vinculadas al virus circulante en Yemen.

**Egipto**

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron 11 muestras positivas en 2021.

**Etiopia**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 10 casos en 2021.

**Gambia**

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron nueve muestras positivas en 2021.

**Guinea**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron seis casos en 2021.

**Guinea-Bissau**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021, relacionados con el brote de Jigawa en Nigeria.

**Israel**

- Esta semana se informó un caso de poliovirus circulante tipo 3 derivado de la vacuna (cVDPV3), el primero en el país.

- Esta semana se informaron seis muestras ambientales positivas para cVDPV3: una en la North Province y cinco en Jerusalén.

### **Kenya**

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron dos muestras positivas, una en 2020 y otra en 2021. Los virus están relacionados con el brote de Banadir en Somalia.

### **Liberia**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021.

### **Madagascar**

- Esta semana no se informaron casos de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1). Se notificaron 13 casos en 2021, y uno en 2022.

### **Malawi**

- Esta semana no se informaron casos de WPV1. El mes pasado, el país reportó el primer caso en el continente desde 2016.
- En respuesta a la confirmación del brote de WPV1 en el país, el Gobierno de Malawi lo declaró emergencia nacional de salud pública y activó el centro de operaciones de emergencia para coordinar la respuesta al brote. El apoyo global y regional del Equipo de Respuesta Rápida de la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI) está en el país para apoyar la planificación, implementación y monitoreo de la respuesta.
- El plan de respuesta incluye al menos cuatro campañas a gran escala de respuesta a brotes con vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV), incluso como parte de una respuesta transfronteriza subregional junto con Mozambique, Tanzania y Zambia, para llegar a más de 9 millones de niños en la subregión con la vacuna.
- La capacitación y la coordinación están en curso en todos los niveles, incluso a nivel de distrito, para garantizar una planificación de alta calidad para la próxima respuesta.
- Las actividades de promoción de la salud se centran en la producción y difusión de materiales de alta calidad, incluidos anuncios de servicio público y jingles radiofónicos.
- Se están realizando capacitaciones sobre administración y distribución de vacunas.
- La vigilancia continúa reforzándose, incluso complementando la vigilancia de la parálisis flácida aguda con el despliegue de la vigilancia ambiental, con ocho sitios establecidos hasta el momento.
- El centro de operaciones de emergencia coordina el seguimiento diario de la preparación de actividades de inmunización suplementaria en todos los niveles.

### **Mauritania**

- Esta semana se informó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Nouakchott Ouest. Se notificaron siete muestras positivas en 2021, vinculadas al brote de Jigawa en Nigeria.

### **Mozambique**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron dos casos en 2021.
- En respuesta al brote de cVDPV2 confirmado en el país, el Ministro de Salud lo declaró emergencia de salud pública nacional en febrero.
- Se implementará la respuesta al brote a través de actividades de inmunización suplementaria de alta calidad que cubran las provincias afectadas. Se ha establecido un centro nacional de operaciones de emergencia para coordinar las actividades de respuesta a brotes.

- Mozambique también participará en la respuesta a brotes de emergencia subregionales con Malawi y otros países, en respuesta a la reciente detección del WPV1 en Malawi.
- Se intensifica la vigilancia de parálisis flácida aguda en áreas de alto riesgo y afectadas.

### **Níger**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 15 casos en 2021.

### **Nigeria**

- Esta semana se informó un caso de cVDPV2, el segundo de 2022. Se notificaron 415 casos en 2021.

### **Pakistán**

- Esta semana no se informaron casos de WPV1. Se notificó un caso en 2021.
- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se registraron 8 casos en 2021.

### **Palestina**

- Esta semana se informaron ocho muestras ambientales positivas para cVDPV3: una en Ramallah y siete en Cisjordania. Son las primeras muestras ambientales positivas notificadas en el país.

### **República del Congo**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron dos casos en 2021.

### **República Democrática del Congo**

- Esta semana se informó un caso de cVDPV2 en Maniema, lo que eleva a 27 el total de casos en 2021. Se informó un caso en 2022.

### **Senegal**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 17 casos en 2021.

### **Sierra Leona**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron cinco casos en 2021.

### **Somalia**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron un caso en 2022, y uno en 2021.

### **Sudán del Sur**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron nueve casos en 2021.

### **Tayikistán**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 32 casos en 2021.

### **Ucrania**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron dos casos en 2021.
- La GPEI está extremadamente preocupada por los efectos en el sistema de salud del país de la crisis actual en Ucrania. Un sistema de salud en funcionamiento debe mantenerse neutral y protegido de todos los problemas políticos o de seguridad que afectan a los países, para garantizar que las personas tengan acceso continuo a la atención crítica y esencial. Al mismo tiempo, se ha visto una y otra vez que los movimientos de población a gran escala, la inseguridad y la dificultad de acceso contribuyen en gran medida a la aparición y/o propagación de enfermedades infecciosas, como la poliomielitis.

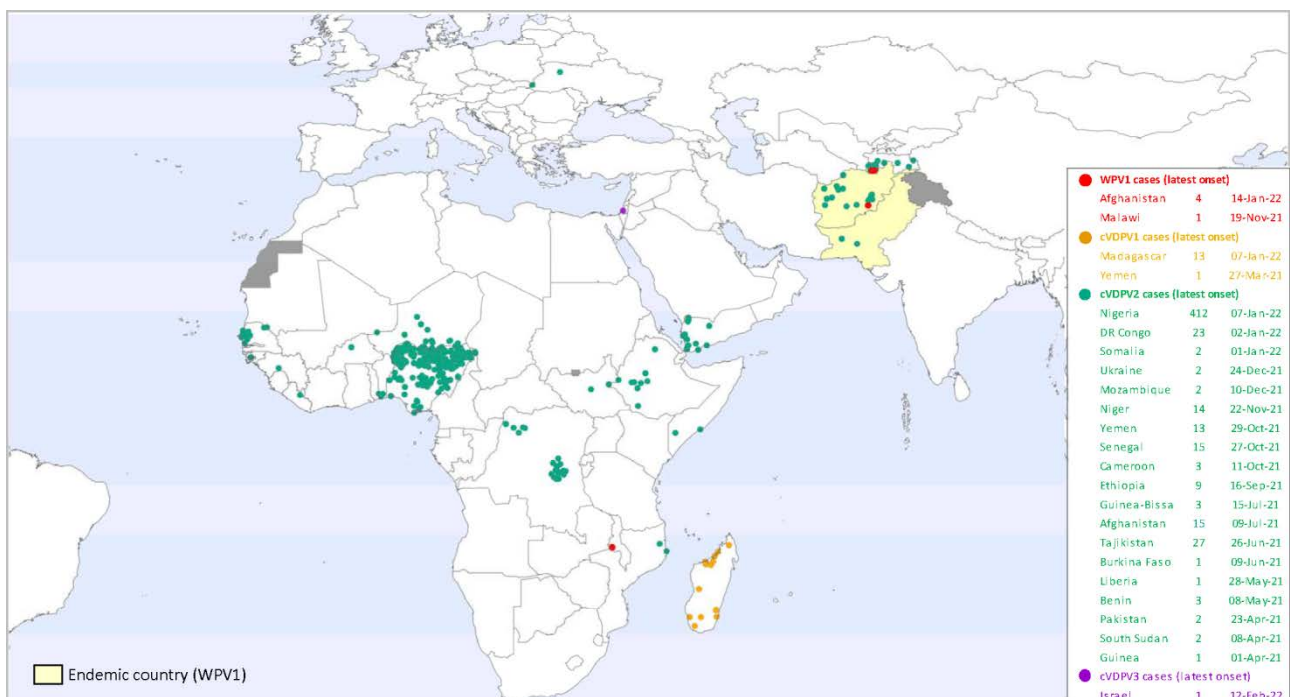
- El 1 de febrero de 2022 comenzó una campaña nacional de inmunización complementaria contra la poliomielitis dirigida a casi 140.000 niños en toda Ucrania que no habían sido vacunados, pero actualmente está en pausa, ya que las autoridades sanitarias han cambiado el enfoque hacia los servicios de emergencia. La vigilancia para detectar e informar nuevos casos de poliomielitis también se interrumpió, lo que aumenta el riesgo de propagación no detectada de la enfermedad entre las poblaciones vulnerables. La GPEI está trabajando para desarrollar urgentemente planes de contingencia para apoyar a Ucrania y prevenir una mayor propagación de la poliomielitis.
- La GPEI tiene una larga historia de trabajo en una variedad de entornos complejos y continuará adaptando sus operaciones a la realidad sobre el terreno, en la medida de lo posible, sin comprometer la seguridad de los trabajadores de la salud. Al mismo tiempo, se está evaluando la inmunización y la vigilancia en los países vecinos, para minimizar el riesgo y las consecuencias de cualquier posible aparición/propagación de enfermedades infecciosas como resultado de los actuales movimientos de población a gran escala. Es fundamental que los recursos necesarios se movilicen y se pongan a disposición para ayudar con las necesidades humanitarias, incluidos los esfuerzos de socorro, respuesta/prevenición de enfermedades tanto en Ucrania como en los países vecinos.

## Uganda

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron dos muestras positivas en 2021, relacionadas con el brote en N'Djamena, Chad.

## Yemen

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2 ni de cVDPV1. En 2021 se notificaron tres casos de cVDPV1 y 13 casos de cVDPV2 (ninguno desde marzo de 2021).



Ubicación de los casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) y de poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) en los últimos 12 meses. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 8 de marzo de 2022.

## Arte y pandemia



El artista urbano mexicano Sergio Morelos, también conocido como Applezman, pinta un mural en homenaje a los médicos y enfermeras que están en primera línea en la lucha contra la COVID-19, en la Ciudad de México, el 25 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 [reporteepidemiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.