

ARGENTINA

- Aumento de infecciones de transmisión sexual en adolescentes
- Quienes impulsan el actual aumento de casos de COVID-19
- Santa Fe: Primer caso de hepatitis aguda grave de origen desconocido en un niño de Rosario

AMÉRICA

- Brasil: En cuatro meses se alcanzó el nivel de casos de dengue de todo 2021

- Brasil: Minas Gerais registra tres muertes humanas por rabia en un mes

- Estados Unidos: Brote de norovirus en un hogar de ancianos en Michigan

- Estados Unidos: Aumento de los casos de tuberculosis en el estado de Washington

- Guayana Francesa: Se registraron dos casos de hantavirus en lo que va del año

EL MUNDO

- África: Rebotan el sarampión, la fiebre amarilla y la poliomielitis por la baja vacunación

- Liberia: Alarma por el aumento de casos de sarampión

- Portugal: Reportan un caso de infección por *Rickettsia monacensis*

- Reino Unido: Una cuarta parte de las muertes en personas con el VIH en 2020 fueron causadas por la COVID-19

- Tailandia: Aumento de casos de malaria por *Plasmodium knowlesi* desde octubre

- 14,9 millones de muertes en exceso asociadas con la pandemia de COVID-19 en 2020 y 2021

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 los últimos tiempos se ha registrado un aumento sostenido de la mayoría de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Argentina y el mundo. Una de las que más aumentó su incidencia fue la sífilis, una infección bacteriana, que si no es detectada a tiempo puede poner en riesgo la salud de quien la padece.

Las ITS son infecciones que se contagian de una persona a otra usualmente durante el sexo vaginal, anal u oral. Son muy comunes y muchas personas las poseen, incluso sin saberlo. La realización de estudios para controlar la salud es clave para detener el aumento de las infecciones, más allá de que haya síntomas o no. Sin tratamiento, estas enfermedades pueden causar serios problemas de salud.

Lamentablemente, a partir de 2020, como consecuencia de la pandemia por COVID-19, se vio afectada la notificación de casos. Sumado a una disminución en la asistencia de la población a centros de atención médica asociada al confinamiento y a una reestructuración de los servicios, enfocándose principalmente en la atención de pacientes con patologías respiratorias. Por lo tanto, las estadísticas 2020-2021 no reflejan la realidad actual.

Según el Boletín N° 38 *Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina* –emitido por la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, del Ministerio de Salud de Argentina, en 2021–, para 2020 la tasa de incidencia de sífilis en la población general fue de 22,84 casos cada 100.000 habitantes, con una caída de 59,3% respecto del año previo, en el que la tasa de incidencia fue de 56,12 casos cada 100.000 habitantes.

En cuanto a la secreción genital purulenta –que puede ser signo de una infección de la vagina y/o del cuello del útero o de una infección genital alta–, en 2019 presentaba una tasa de 11,7 casos cada 100.000 habitantes, y pasó a 7,1 en 2020, con una caída interanual de 39,3% asociado a las modificaciones asociadas a la pandemia de COVID-19.

Por último, en 2019, la tasa de VIH para ambos sexos fue de 10,7 cada 100.000 habitantes, con una tasa 2,45 veces superior para hombres respecto de las mujeres. Teniendo en cuenta que 98% de los nuevos casos de VIH se contagiaron por vía sexual, y además ésta es la causa fundamental del contagio de otras infecciones tales como el virus del papiloma humano, la sífilis, la gonorrea, las hepatitis B y C entre otras, hay que hacer énfasis en la utilización de métodos de barrera, ya sea mediante la utilización de preservativos o campo de látex tanto para sexo oral, vaginal o anal.

“Debemos derribar las ‘excusas clásicas’ asociadas a éstos, como la incomodidad, disminución en la sensibilidad, afectación en la erección, irritación en la piel, entre otras, para fomentar su

utilización”, destacó la Dra. Adriana Giaccaglia, Miembro de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ).

Si se analizan como ejemplo las infecciones por sífilis en Argentina, la mayor proporción de pruebas positivas durante 2020 corresponde al grupo de 15 a 24 años, lo cual lleva a interpretar que se trata un grupo de riesgo, donde se deben potenciar los medios de protección y aumentar los testeos, acción fundamental para bajar la tasa de positividad, ya que evidentemente están quedando muchos individuos sin diagnosticar.

El inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas, la promiscuidad, las conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias (drogas ilícitas, alcohol) y la utilización de métodos anticonceptivos de corta y larga duración (que cada vez se apunta a que sean más cómodos, seguros y confiables), para evitar embarazos no deseados, generan a su vez cierto exceso de confianza y se pierde de foco la importancia de utilizar métodos de barrera.

Dada la situación actual, es imprescindible enfatizar en las acciones de prevención, concientización y educación asociadas a este tipo de enfermedades destinadas a la población general, pero haciendo hincapié en el grupo de jóvenes con mayor vulnerabilidad. En la escuela, en casa, en la visita al especialista, se deben dejar de lado los tabúes y hablar de sexo, por la salud propia y la de quienes nos rodean.

Desde mediados de abril, el Ministerio de Salud de Argentina decidió que el parte diario de la situación epidemiológica de la COVID-19 en el país pasara de ser diario a semanal, y según se informó la decisión estuvo en gran parte motivada por el descenso de casos registrados hasta esa fecha. Sin embargo, a sólo tres semanas de esa disposición, las cifras oficiales dan cuenta de un aumento sostenido de casos en todo el país.

Así, desde el 17 de abril, fecha en que los partes comenzaron a informarse cada siete días, el número de nuevos contagios pasó de 8.387 a 11.307 en el segundo reporte. Y el número se elevó a 11.443 el pasado 1 de mayo. Es decir que, en comparación con las semanas anteriores, el último reporte arrojó que hay 36% más casos que a mediados de abril.

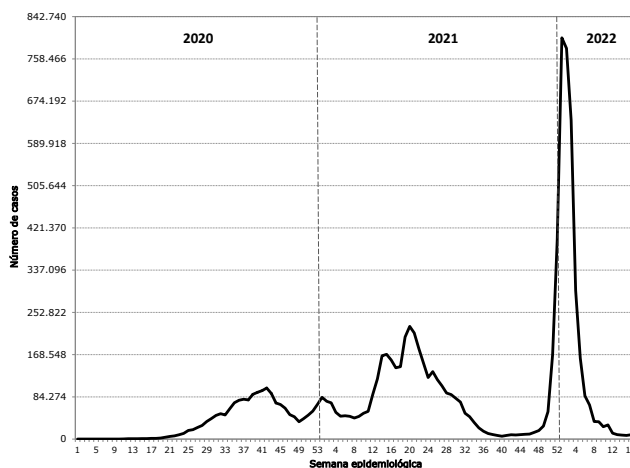
Según informó la cartera sanitaria, hasta el 3 de mayo, “la proporción de casos confirmados de COVID-19 en mayores de 50 años mantiene una tendencia similar a la de la semana anterior, aunque los valores absolutos están en aumento para todos los grupos de edad, menos el de mayores de 80 años”.

Después de 12 semanas ininterrumpidamente a la baja, en los mayores de 50 años, los casos confirmados alcanzaban los 1.558 en la semana epidemiológica (SE) 15, pasando a 2.064 casos en la SE 16, con una variación porcentual de 32%. En tanto, en la SE 17 los casos contabilizaron 2.137, lo que representa un aumento de 4%.

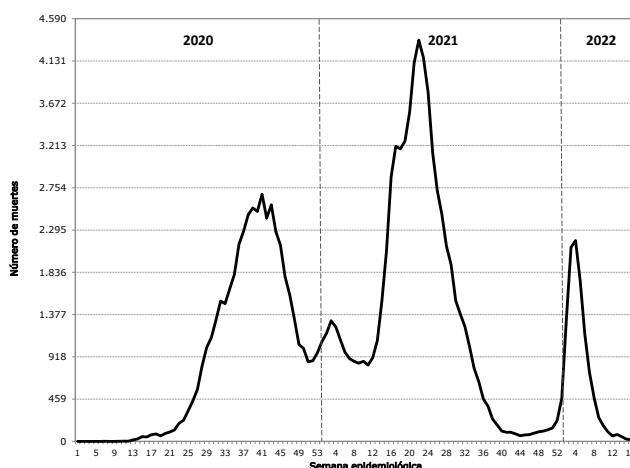
Teresa Varela, directora de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, destacó que “el aumento de contagios de COVID-19 siempre comenzó con los adultos jóvenes”. “En general la circulación mayor se ve en las personas que se movilizan y tienen mayor contacto social, y después se traslada a los menores y mayores de edad”, enfatizó la funcionaria.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la tendencia es la misma, y si se observa el aumento de casos por franja etaria puede verse que los contagios crecieron en todas, principalmente en los grupos de 30-44 años y 45-59 años.

El ministro de Salud porteño, Fernán González Bernaldo de Quirós, dio cuenta del fenómeno al asegurar que la CABA lleva “dos semanas consecutivas de aumento de casos”. “Entre sema-



Casos confirmados de COVID-19. Argentina, Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 17 de 2022. Fuente: COVID Stats. Datos al 1 de mayo de 2022.



Muertes confirmadas por COVID-19. Argentina, Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 17 de 2022. Fuente: COVID Stats. Datos al 1 de mayo de 2022.

na y semana subieron 20%. Los casos están aumentando, lo estábamos esperando, porque es habitual cuando llega el frío, la gente cierra la ventilación, se reúne más adentro, y eso aumenta la contagiosidad de este virus, por eso era esperable”, aseguró.

Jorge Aliaga, doctor en física, investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y secretario de Planeamiento de la Universidad Nacional de Hurlingham, sostuvo que “la realidad es que la CABA duplicó los casos en un mes”. Y si bien consideró que “todavía es un número bajo en comparación con el brote de enero, en el sentido de que el sistema no está colapsado ni mucho menos. Pero los casos se duplicaron”, destacó.

Varela no sólo reconoció que el aumento de casos “era esperable”, sino que remarcó: “Desde la semana anterior al cambio de protocolo de testeo se veía un aumento de casos, que si bien es incipiente, para nosotros es premonitorio de nueva ola”.

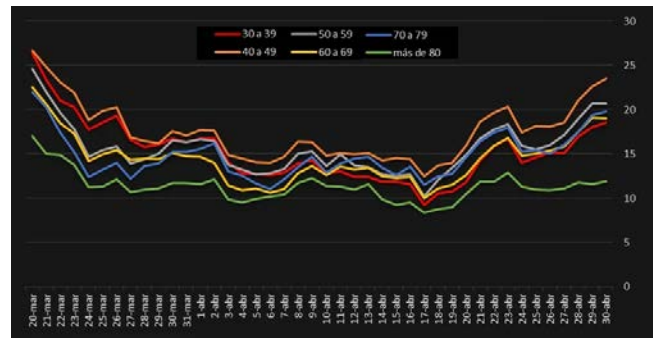
El impacto de otras infecciones respiratorias

“Es la temporada característica de enfermedades respiratorias, que se superponen con la COVID-19 y después terminan impactando en el sistema de salud”, aseguró la especialista, quien enfatizó en las que a su criterio son las tres principales medidas de prevención: “Por un lado, no descuidar la ventilación de los ambientes para garantizar entrada y salida de aire; por otro, si bien el uso del barbijo en espacios cerrados ya no es obligatorio, sigue siendo una recomendación, y más en esta época; y finalmente, ante síntomas respiratorios, independientemente que se tenga o no el diagnóstico de COVID-19, no concurrir a reuniones sociales o espacios con otras personas”.

Respecto al resto de las enfermedades respiratorias propias de los meses de frío, la cartera sanitaria informó el 3 de mayo que durante las últimas semanas epidemiológicas se incrementó de manera exponencial la circulación del virus de la influenza A, el de la influenza A(H3) y el sincicial respiratorio, principalmente.

Según se desprende de consultas previas a especialistas, además, esta temporada aumentaron su circulación el rinovirus, parainfluenza, enterovirus y adenovirus, entre otros. “Con respecto a los virus, lo que ocurrió principalmente es el SARS-CoV-2 tuvo un impacto muy grande, que desplazó al resto de los virus respiratorios y, por otro lado, las medidas implementadas, como los confinamientos, el aislamiento, el uso de barbijo, la ventilación y el lavado de manos, que contribuyeron a disminuir todas las infecciones que se transmiten de persona a persona”, explicó la médica infectóloga pediatra Andrea Uboldi.

En línea con la misma idea se manifestó el ministro Quirós al asegurar: “Los virus respiratorios están retomando su circulación, incluso de una manera poco habitual”, dijo el funcionario e hizo referencia al caso del virus de la influenza que tuvo un crecimiento inusual en enero y febrero, meses no habituales para la circulación de los patógenos respiratorios. Y destacó que “ahora, la circulación del virus de la influenza ha descendido parcialmente, pero empiezan a circular otros virus como el rinovirus, el sincicial respiratorio, de manera que los cuadros respiratorios son muy frecuentes”.



Tasas de COVID-19 cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Argentina. Año 2022, del 20 de marzo al 30 de abril. Fuente: Martín Barrionuevo.

Cómo influye el nuevo criterio de testeo

A partir del 18 de abril, se modificó en el país la política de testeo, y se decidió priorizar el diagnóstico de COVID-19 en personas con enfermedad respiratoria que pertenezcan a los siguientes grupos: personas mayores de 50 años y con condiciones de riesgo; poblaciones especiales que residan, trabajen o asistan a ámbitos que por las características propias presentan mayor riesgo de transmisión o generación de brotes (instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, personas que trabajen o presten cuidado a personas vulnerables); personas con antecedente de viaje en últimos 14 días a una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no esté circulando en el país; personas con enfermedad grave (internados) y en ocasión de la investigación y control de brotes.

De allí que algunos especialistas consideren que la actual suba de casos es aún mayor, y que al tratarse en los grupos más jóvenes con infección leve no se estarían testeando y registrando.

Rodrigo Quiroga, investigador en bioinformática del CONICET y la Universidad Nacional de Córdoba, consideró que “como cambiaron los criterios para hacer los testeos, ahora hay menos personas con síntomas que se hisopan para confirmar el diagnóstico de COVID-19 y esto dificulta la interpretación de los casos. Posiblemente, el aumento de los casos ocurrió antes de la última semana, pero no se observó por el cambio en la metodología de testeos. Como los reportes son semanales, hay que ver si la tendencia se sostiene en el tiempo”.

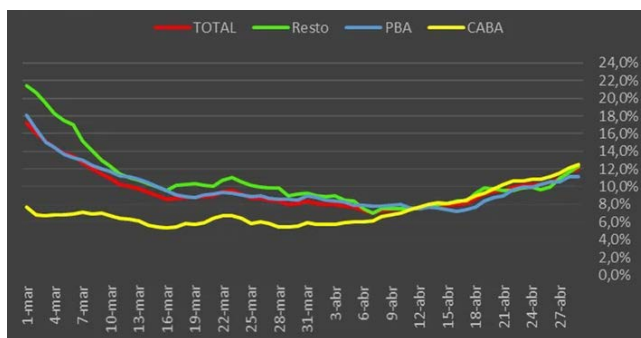
Martín Barrionuevo, senador provincial por Corrientes, contador y experto analista de datos, observó que “es muy difícil de analizar por las diferencias de testeo”. “Probablemente los más jóvenes están creciendo más pero no se los esté testeando. A nivel nacional lo que se ve es que el crecimiento es similar en todos los rangos etarios; no es que hay uno que está creciendo mucho más que otro”, sostuvo.

Y tras aclarar que “en los mayores de 40 años se está viendo una mayor incidencia, pero no es un porcentaje de crecimiento mucho mayor”, Barrionuevo remarcó que “la positividad también está creciendo, y ese es otro indicador del aumento de casos”.

“Independientemente de cuál sea el criterio de testeo, ante un criterio dado, que la positividad crezca es evidentemente otro indicador complementario del incremento de casos detectados y también de casos que se están dejando de detectar”, analizó el especialista, y agregó: “Se sabe que a medida que crece la positividad (que todavía es baja) lo que indica es que la sensibilidad del sistema de detección es menor, con lo cual habría que mirar los dos indicadores tomados en conjunto”.

Para Aliaga, “la suba es clara, y hay que ver cómo sigue y cuál es el impacto que tiene en internaciones y fallecidos porque justamente, aunque los casos no suben tanto porque la estrategia hoy es concentrarse en detectar los casos que podrían traer más problemas, la cantidad de casos graves es más grande en proporción”.

“Pese a que desde el 18 de abril la estrategia de testeo se focaliza en las personas que tienen más riesgo de morir a causa de la COVID-19, en la provincia de Buenos Aires se detectan casos en todos los grupos de edad, y para saber cómo se comporta la enfermedad más allá de los de



Porcentajes de positividad de muestras para COVID-19, según regiones. Argentina. Año 2022, del 1 de marzo al 30 de abril. Fuente: Martín Barrionuevo.

más riesgo se implementaron unidades de monitoreo ambulatorio donde se estudia a todos los que asisten; son un termómetro de lo que está sucediendo en la sociedad”, señaló Varela.

Otro punto importante que destacó Barrionuevo es que “la carga atrasada de casos de la ola de Omicron se va agotando”. “Si se observan los casos informados (no por fecha de diagnóstico sino por fecha de reporte) hay una estabilidad, pero en realidad lo que está pasando es que cada vez mayor proporción de los casos informados son casos nuevos. Entonces ante igualdad de casos reportados hay más casos por fecha de diagnóstico porque los casos reportados son más nuevos”, analizó.

La importancia del ritmo de vacunación

En Argentina, de los 98.994.149 millones de vacunas aplicadas, 40.720.240 corresponden a primeras dosis, en tanto 37.268.715 personas completaron su esquema inicial de dos dosis y 21.005.194 personas ya recibieron su dosis adicional o de refuerzo, según corresponda, tal como informa el [Monitor Público de Vacunación](#), el registro online del Ministerio de Salud que muestra en tiempo real el operativo de inmunización en todo el territorio argentino.

De esas cifras se desprende que 5.088.507 e personas aún no recibieron ninguna dosis para prevenir la COVID-19 en el país, y que 3.763.683 no completaron su esquema de dos dosis. Asimismo, 15.951.363 de personas (43,16% de la población), no recibieron su dosis adicional o de refuerzo.

Según observó Aliaga, “la vacunación subió en las últimas semanas pero tiene que ver con que se empezaron a aplicar las cuartas dosis”. Para él, “es muy difícil a esta altura llegar a la gente que ya no se llegó”, y amplió: “El que no se aplicó la primera dosis no se la va a aplicar, el que después de la primera no se aplicó la segunda no va a retomar el esquema; en cambio los que recibieron la tercera, cuando se les ofrece la cuarta inmediatamente van a vacunarse. Eso es lo que se observa”.

Y tras destacar que “la vacunación está manteniendo reforzados a los que están dispuestos a vacunarse, pero es difícil llegar al resto, y ahí hay una ventana de riesgo”, el especialista sostuvo que “si bien el porcentaje de población inmunizada en el país es bueno, en enero/febrero aun con la cantidad de gente vacunada que había, el pico de casos de Omicron dejó 10.000 muertos”.

“La provincia de Buenos Aires tiene una buena base con esquema inicial, pero necesita mayor adherencia a los refuerzos”, reconoció en tanto Varela, para quien esto se debe a que “disminuyó la alerta”. “Es necesario que las personas que cumplieron cuatro meses de su última dosis se acerquen a recibir sus refuerzos porque no tienen la cobertura adecuada que se necesita para estar protegido contra la enfermedad”, remarcó.

A lo que Aliaga sumó: “Ninguna enfermedad tipo influenza requiere que todo el mundo esté vacunándose cada cuatro meses para no tener casos graves, pero ésa es la mejor herramienta que se encontró hasta el momento contra la COVID-19”. Y concluyó: “Seguimos en una situación delicada y se presta poca atención a los cuidados, especialmente uno de los más fáciles de llevar a cabo como ventilar los ambientes”.

El Ministerio de Salud de Argentina [informó](#) el 4 de mayo que se detectó en el Hospital de Niños Zona Norte de la ciudad de Rosario, Santa Fe, un caso de hepatitis aguda grave de origen desconocido en un niño de 8 años.

El jefe de la Unidad de Hígado y Trasplante Hepático del Sanatorio de Niños, Alejandro Costaguta, detalló que “el paciente ingresó en la noche del 4 de abril a nuestro servicio y se están haciendo los primeros estudios. Fue derivado debido a su caso y se está evaluando si requiere o no un trasplante hepático. Lo que sabemos por contactos con los médicos que lo atendían en el Hospital de Niños Zona Norte es que el niño experimentó una evolución particularmente severa a partir de una hepatitis que viene desarrollando en las últimas semanas”.

Y resaltó que fue derivado al Sanatorio de Niños a fin de evaluar si es candidato a “realizarse un trasplante hepático y, en caso de que así sea, inscribirlo y proceder a realizarlo”.

“Estamos tomando los primeros contactos con su historia. Si lo enmarcamos dentro de los otros casos registrados en diferentes partes del mundo y para los cuales la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una [alerta](#) en abril, tengo que decir que sí entra en esa definición de probable pero no puedo asegurar que lo sea”, dijo el profesional.

“Es una forma de hepatitis severa de la que en principio alertó Gran Bretaña, donde se notó un aumento inusual en el número de los casos de formas graves de hepatitis que afectaba principalmente a menores de 16 años. Las hepatitis graves se observan a lo largo de todo el año, pero no son tan frecuentes. Pero se notó un incremento y rápidamente se pasó a más de 200 en pocas semanas. Al notar ese brote, la OMS lanzó la alerta. Pero aquí no podemos hablar de un brote porque es el primer caso”, amplió Costaguta.

Situación mundial

Esta semana, la Organización Mundial de la Salud (OMS) registró cerca de 230 casos de una misteriosa hepatitis que afecta a niños en todo el mundo e informó que sigue recibiendo decenas de informes sobre nuevos contagios.

“Hasta el 1 de mayo, se han señalado a la OMS 228 casos en 20 países y otros 50 están investigándose”, dijo el portavoz de la OMS, Tarik Jasarevic.

La mayoría de los casos se registran en Europa, sobre todo en el Reino Unido, pero el origen de estas hepatitis sigue siendo un misterio.

La OMS precisó que el pasado 5 de abril fue informada de 10 casos de hepatitis aguda severa de origen desconocido en niños de menos de 10 años en el centro de Escocia, y tres días después ya se habían identificado 74 casos en el Reino Unido.



Esta hepatitis produce ictericia, diarrea, vómitos y dolores abdominales; en algunos casos han requerido un trasplante de hígado y al menos cuatro niños fallecieron, tres de ellos en Indonesia.

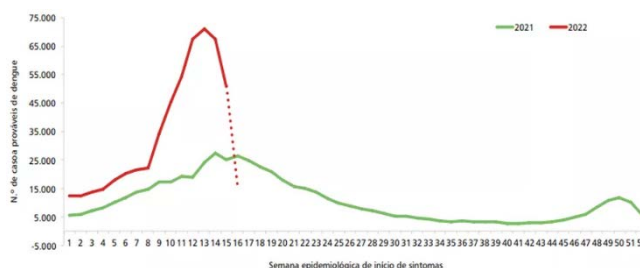
Los virus comunes de la hepatitis no han sido registrados en ninguno de los casos, según el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la OMS.

Un análisis de estos misteriosos casos de hepatitis en Estados Unidos llevó a las autoridades sanitarias del país a pensar que su origen podría ser un patógeno común, el adenovirus 41, aunque por ahora esto sigue siendo una hipótesis.

Los adenovirus, que son normalmente banales y provocan problemas respiratorios, conjuntivitis o trastornos digestivos, son más frecuentes en invierno y se transmiten fácilmente en guarderías infantiles y escuelas. La mayoría de los seres humanos se infecta antes de los 5 años.

Con un brote en ascenso, Brasil registró en los primeros cuatro meses de este año el mismo nivel de casos de dengue verificados oficialmente a lo largo de 2021.

Se habían notificado 542.000 casos hasta el 23 de abril, según datos del Ministerio de Salud divulgados el 2 de mayo. El año pasado, Brasil totalizó 544.000 casos.



Curva epidemiológica de casos probables de dengue, según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Brasil. Años 2021-2022. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

El boletín epidemiológico del gobierno federal apuntó un incremento de 113% en los casos de la enfermedad respecto al año pasado.

Según datos del boletín, hasta el 16 de abril la región Centro-Oeste presentaba la mayor tasa de incidencia de dengue, con 920,4 casos cada 100.000 habitantes. El estado de Goiás registra la mayor incidencia de la enfermedad en todo el país, con 1.366 casos cada 100.000 habitantes. Esta cifra representa cerca de cinco veces la incidencia nacional (254 casos cada 100.000 habitantes).

Las unidades federativas que ya superaron la tasa absoluta de casos de 2021 son: Goiás (98.455), Paraná (65.437), Minas Gerais (37.169), Santa Catarina (36.979), Distrito Federal (29.928), Rio Grande do Sul (27.461), Tocantins (16.846), Rio Grande do Norte (6.278), Piauí (5.220), Rondônia (5.139) y Maranhão (1.771).

El estado de São Paulo tiene el mayor número de casos, con más de 126.000 registros. En abril, la ciudad de Votuporanga incluso declaró una epidemia de dengue.

Los municipios con mayor número de casos fueron Goiânia (31.189), Brasilia (29.928) y Palmas (9.080). Además de ellos, São José do Rio Preto y Votuporanga, en São Paulo, siguen la lista con 7.000 y 6.000 casos, respectivamente.

Fallecidos

También según información del Ministerio de Salud, hasta el momento se han confirmado 160 muertes por dengue en todo el país. Los estados con mayor número de muertes fueron São Paulo (56), Santa Catarina (19), Goiás (19) y Bahía (16).

El ministerio informó que aún se investigan otras 228 muertes probables por la enfermedad.

Un niño murió diagnosticado con rabia el 29 de abril, según informó la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais (SES-MG) el 2 de mayo. Se trata de la tercera muerte provocada por la enfermedad en el estado en apenas un mes. La SES-MG está investigando otro caso sospechoso.

La niña indígena de 12 años, diagnosticada con rabia, falleció a causa de la enfermedad.

Estaba hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital 'João Paulo II', en el Centro de Belo Horizonte, desde principios de abril.



El caso de la adolescente fue notificado a la SES-MG el 5 de abril, cuando se le realizaron pruebas para el diagnóstico de rabia. El resultado se dio a conocer el 19 de abril, confirmando la enfermedad.

La niña fue la segunda paciente en Minas Gerais diagnosticada con rabia humana en los últimos 10 años.

Casos en una aldea indígena

Ella y Zelilton Maxacali, también de 12 años, vivían en una aldea indígena, en una comunidad rural de la ciudad de Bertópolis, en Vale do Mucuri. El niño murió el 4 de abril.

Según la SES-MG, ambos casos están relacionados con mordeduras del mismo murciélago.

Un niño de 5 años, que también vivía en el pueblo, murió el 17 de abril. La SES-MG procedió a investigar el caso, a pesar de que la víctima no presentaba síntomas.

El resultado se obtuvo el 26 de abril y fue divulgado el día 28 de abril, confirmando la tercera muerte por rabia humana. El caso permanece bajo investigación epidemiológica para identificar las circunstancias del contagio, ya que el niño no presentaba signos de mordedura o arañazos de murciélago.

Otro caso sospechoso

Un caso sospechoso permanece bajo investigación, también en la zona rural de Bertópolis. Esto fue notificado el 21 de abril.

La paciente es una niña de 11 años, que presentó síntomas como fiebre y dolor de cabeza. Por parentesco con el segundo caso confirmado, fue remitida al hospital y sometida a exámenes. La menor permanece hospitalizada en una cama clínica, estable y en observación.

Cuidados

Según la SES-MG, el 24 de abril fueron enviadas más dosis de vacuna antirrábica humana para completar el esquema de vacunación de la comunidad rural de Bertópolis. Al 28 de abril, 982

de las 1.037 personas que viven en la comunidad ya habían sido vacunadas con la primera dosis. Otros 802 ya recibieron la segunda dosis. El intervalo entre dosis es de siete días.

La secretaría también informó que ya se entregó vacuna y suero antirrábico humano para la población expuesta y vacuna antirrábica animal para los perros y gatos de la región.

El último caso de muerte por rabia humana en Minas Gerais se había registrado en 2012, en Rio Casca, en la Zona da Mata.

Según la SES-MG, ante cualquier incidente con mamíferos silvestres o domésticos, especialmente murciélagos, perros y gatos, es importante buscar la unidad de salud más cercana para evaluar la necesidad de adoptar medidas profilácticas, como administración de vacuna y suero.



Un brote de norovirus está causando preocupación en un hogar de ancianos de East Lansing. Alrededor de 53 personas en el centro de Burcham Hills han contraído la enfermedad.

La oficial de salud del condado de Ingham, Linda Vail, dijo que este tipo de brotes son bastante comunes en asilos de ancianos.

“Debido a que las personas viven juntas en lugares cerrados, a menudo en invierno, solo ocurren brotes similares a los de influenza en ese tipo de instalaciones. Cualquier microbio altamente contagioso puede propagarse muy rápidamente”, dijo Vail.

El norovirus no es mortal, pero es altamente contagioso y puede provocar deshidratación. “Se propaga fácilmente entre las personas. Los síntomas clásicos son náuseas, vómitos, diarrea, dolores musculares y fiebre, que suelen durar de dos a tres días”, dijo Vail.

La incorrecta manipulación de alimentos y las malas prácticas de higiene, como no desinfectar las estaciones de trabajo o lavarse las manos, pueden provocar brotes de norovirus. Debido a eso, Burcham Hills cerró su comedor hasta nuevo aviso.

“Básicamente, están haciendo lo que se llama aislamiento de contacto, para que los internos no tengan tanto contacto con los demás. Recibirán sus comidas en bandejas de habitación con ropa de comedor desechable”, dijo Vail.

Las personas con síntomas activos se aíslan durante 48 horas. Los miembros del personal deben quedarse en casa 72 horas después de que los síntomas hayan desaparecido.

Se registran alrededor de 2.500 brotes de norovirus en Estados Unidos cada año.

No está claro si el brote fue de persona a persona, transmitido por los alimentos o una combinación. La morbilidad puede ser más sustancial en un hogar de ancianos.

A nivel mundial, el norovirus es la principal causa de gastroenteritis aguda. Aproximadamente uno de cada cinco casos de gastroenteritis aguda, que provoca diarrea y vómitos, es causado por el norovirus. Es la causa de alrededor de uno de cada cinco casos de gastroenteritis aguda entre las personas de los países desarrollados; en los países en desarrollo, es la causa de aproximadamente uno de cada seis casos. En general, los países en desarrollo tienen más casos de gastroenteritis aguda causada por diferentes patógenos, como virus y bacterias. Entonces, el norovirus representa una fracción más pequeña de todos los casos en estos países.

Las infecciones y los brotes de norovirus suelen ser más comunes en los meses más fríos del invierno. Aproximadamente la mitad de todos los casos ocurren de diciembre a febrero en países al norte del ecuador y de junio a agosto en países al sur del ecuador. Sin embargo, en lugares más cercanos al ecuador, el norovirus puede ser menos estacional. Esto puede deberse a la temperatura o al momento de la temporada de lluvias, pero también puede estar asociado con la tasa de natalidad.

Los casos de tuberculosis están aumentando en el estado de Washington, lo que pone a los funcionarios de salud pública estatales y locales en alerta máxima. Se cree que las interrupciones generalizadas en la salud pública y los servicios de atención médica y los diagnósticos de tuberculosis perdidos debido a las similitudes en los síntomas entre esta enfermedad y la COVID-19 han contribuido al aumento de los casos de tuberculosis tanto a nivel local como mundial.

La notificación de tuberculosis disminuyó en 2020 durante el primer año de la pandemia. Aunque los esfuerzos para prevenir la COVID-19 también pueden reducir la propagación de la tuberculosis, la disminución también podría deberse a diagnósticos retrasados o perdidos debido a las tensiones en el sistema de atención médica. Algunas personas con tuberculosis también pueden haber sido mal diagnosticadas con COVID-19.

Luego, los casos aumentaron notablemente a partir de 2021, cuando se informaron 199 casos, un aumento de 22% con respecto a 2020. En lo que va de 2022, se han informado 70 casos y los funcionarios continúan monitoreando la situación de cerca. Diecisiete casos nuevos tienen conexiones entre sí y con varias prisiones del estado de Washington, lo que lo convierte en el brote más grande del estado en los últimos 20 años.

“Han pasado 20 años desde que se registró un clúster de casos de tuberculosis como este”, dijo Tao Sheng Kwan-Gett, director científico del estado de Washington. “Es probable que la pandemia haya contribuido al aumento de casos y al brote en al menos un centro penitenciario. Un mayor acceso a las pruebas y el tratamiento de la tuberculosis en la comunidad será clave para controlar la enfermedad”, agregó.

“El Departamento de Correccionales (DOC) del estado de Washington identificó un aumento de casos en una de nuestras instalaciones e inmediatamente comenzó a trabajar en estrecha colaboración con el Departamento de Salud y los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades en las pruebas, así como en formas de disminuir la propagación en la instalación y en la comunidad”, dijo la directora médica del DOC, MaryAnn Curl. “Continúan las pruebas del personal y de la población carcelaria en el Centro Correccional de Stafford Creek, donde se detectaron estos casos. Continuaremos comunicándonos con el personal, la población carcelaria y sus familias, según corresponda”.

Si ocurre una infección, lo más probable es que la persona expuesta desarrolle tuberculosis inactiva, que no presenta ningún síntoma y no es contagiosa. Pero si las personas con tuberculosis inactiva no reciben un diagnóstico y tratamiento oportunos, la infección podría convertirse en enfermedad activa, que luego puede causar síntomas y contagiarse a otras personas. Se estima que 200.000 personas en Washington tienen tuberculosis inactiva.

El tratamiento para esta enfermedad toma seis meses como mínimo. Si el tratamiento no se sigue con diligencia, es probable que los síntomas se vuelvan más severos y los pacientes corren el riesgo de continuar siendo contagiosos, lo que aumenta la probabilidad de que la tuberculosis se propague aún más dentro de la comunidad. El tratamiento incompleto también puede contribuir a la propagación de cepas resistentes a los antibióticos.

Es uno de los virus candidatos a la transmisión entre especies, de los que un sonado [artículo](#) publicado la semana pasada, anunciaba que se multiplicarán en los próximos años bajo el efecto de las alteraciones ambientales. El hantavirus es tan raro (nueve pacientes ingresados en cuidados intensivos en el hospital de Cayenne desde 2008) como grave (cinco han muerto). Desde principios de año, el servicio del profesor Hatem Kallel ya ha recibido dos, el último de los cuales, el mes pasado, falleció. “Es un virus emergente que sigue siendo raro pero cuyos signos clínicos son extremadamente graves”, confirmó Séverine Mathéus, viróloga del Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ y autora de numerosos artículos sobre el tema.



Ratón arrocero pigmeo (*Oligoryzomys fulvescens*).

Una primera secuenciación en 2008

En 2008, el Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ le pidió que examinara 500 muestras de guayaneses que presentaban signos clínicos de fiebre Q pero cuyas pruebas resultaron negativas. “Encontramos una muestra positiva en serología y luego mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), lo que permitió establecer una etiología en este paciente que presentaba daño pulmonar. No había viajado en los dos meses previos al inicio de los síntomas. La información permitió corroborar un contagio en el departamento. Se confirmó que los hantavirus, que son virus extremadamente raros, están presentes en Guayana Francesa. A partir de ahí, pusimos en marcha todas las herramientas moleculares y serológicas para continuar con este seguimiento”.

Esta primera secuenciación del virus Maripa se [publicó](#) en abril de 2012. Hoy continúa esta labor de vigilancia junto a Anne Lavergne, que dirige el centro nacional de referencia para hantavirus, en el Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ de Guayana Francesa. En 2017, se publicó otro [artículo](#) sobre los cinco casos de hantavirosis identificados entre 2008 y 2016 en Guayana Francesa.

Cepa específica de Guayana Francesa

Los hantavirus están presentes en casi todo el planeta. Se transmiten por la orina de los roedores que, bajo el efecto de la aerosolización, son inhalados. En Europa y Asia, causan principalmente daño renal y son menos severos. En Francia, Alsace es la región más afectada. En las Américas, se encuentran desde Canadá hasta Argentina. En Sudamérica, solo cuatro países no han descrito casos: Surinam, Guyana, Colombia y Ecuador. La secuenciación realizada por el Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ reveló que la cepa presente en Guayana Francesa –denominada Maripa por el nombre de la urbanización donde se identificó el primer caso– es diferente de las que circulan en los países vecinos. Así que todavía hay mucho que aprender.

Un ratón extremadamente raro como principal sospechoso

Falta mucho por conocer sobre el roedor que transmite el virus Maripa. “No son las ratas y los ratones que viven en las ciudades. Tenemos una pista firme: el ratón arrocero pigmeo (*Oligoryzomys fulvescens*), que vive en los bordes de la selva”, dijo Séverine Matheus. “De los nueve casos, encontramos esta especie positiva dos veces: una en Rémire-Montjoly y otra en Macouria. Pero no lo encontramos consistentemente, y cuando lo detectamos, no siempre fue positivo”, especificó Benoît de Thoisy, veterinario del Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’.

Por tanto, es inútil sospechar de las especies comunes en las ciudades: la rata negra (*Rattus rattus*), la rata parda (*Rattus norvegicus*) y el ratón doméstico (*Mus musculus*). “En todos los roedores que capturamos buscamos el hantavirus. Ninguno fue positivo”, aseguró Benoît de Thoisy. Un [artículo](#) presentó los resultados de 418 roedores, incluidos aquellos en cuestión. Se analizaron 201 ratas espinosas de Guayana (*Proechimys cayennensis*), que fueron negativas.

La especie involucrada en dos de los casos de hantavirosis viven más bien en ambientes abiertos, como sabanas y otros terrenos despejados. Entre las personas infectadas, se encontraban dos agricultores de Iracoubo, una persona que trabajaba en Macouria, el habitante de una urbanización en Rémire-Montjoly, que ocupaba ilegalmente una propiedad en Cayenne.

Siempre casos aislados, nunca un clúster

“Todavía hay muchas incógnitas”, continuó Benoît de Thoisy. Este año es la primera vez que tenemos casos en época de lluvias. Nunca encontramos un clúster, ni siquiera de dos casos. Siempre se trató de casos aislados. Es extremadamente perturbador. ¿El roedor solo es positivo durante unos días, por ejemplo? Se siente como si los casos estuvieran en el lugar equivocado en el momento equivocado. Los análisis de las 500 muestras de 2008 lo confirman: siete casos (1,4%) presentaron anticuerpos contra el hantavirus. Esta cifra, de ser cierta, significaría que hay casos asintomáticos o paucisintomáticos. “Tampoco conocemos ningún caso moderadamente grave”, informó Benoît de Thoisy, lo que fue confirmado por el profesor Hatem Kallel, jefe del departamento de urgencias y cuidados críticos del Centro Hospitalario de Cayenne: “Es posible que los casos muy leves pasen por influenza o dengue”.

Una enfermedad extremadamente rara

Para entenderlo mejor, Séverine Matheus llevó las investigaciones más allá: “Hablé mucho con la hermana del paciente que recibimos en marzo. Le ofrecí hacerle una serología para saber si presentaba anticuerpos, porque, hasta el momento, nunca se ha identificado una infección aguda por hantavirus entre los contactos de un caso confirmado. Pero ella se negó”.

Asimismo, el profesor Hatem Kallel no puede decir por qué algunos pacientes ingresados en cuidados intensivos evolucionaron favorablemente y otros fallecieron: “La enfermedad comienza de la misma manera. Los pacientes llegan al hospital con el mismo cuadro. Utilizamos los mismos recursos. Quizás haya un factor ligado a la carga viral pero no lo sabemos para todos los pacientes. O un factor genético”, asumió. Para comprender mejor, se necesitaría una cohorte muy grande. Por el momento, estamos haciendo estudios observacionales. Uno de ellos, sobre el sexto paciente guyanés, fue [publicado](#) en marzo de 2019. “En cada caso, continuaremos investigando. Así lo conoceremos mejor”, añadió Séverine Matheus.

Un deterioro muy rápido

La investigación sobre el hantavirus es tanto más difícil cuanto que, en los primeros días, los pacientes presentan síntomas bastante banales: tos, fiebre y dolor abdominal. Con tal cuadro

clínico, es difícil pensar en una hantavirosis en primer lugar. Los problemas respiratorios se producen a partir del quinto día. “Tan pronto como comienza el síndrome respiratorio, la enfermedad progresa muy rápidamente. Una paciente llegó a las 10:00 horas con dolor abdominal. A las 15:00 horas fue intubada y ventilada. Murió a las 22:00 horas. Esta es una de las particularidades del hantavirus en Guayana Francesa: los pacientes morían en las primeras horas. Los que sobrevivieron el primer día se salvaron”.

Los casos de enfermedades inmunoprevenibles como el sarampión, la poliomielitis y la fiebre amarilla se han disparado en África en los últimos meses debido a la caída de la vacunación infantil como consecuencia de las perturbaciones creadas por la COVID-19, según informó el 28 de abril la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los confinamientos y las restricciones a los movimientos, así como la destinación de recursos y personal para hacer frente a la pandemia en detrimento de las campañas rutinarias de inmunización, están en el origen de recientes brotes de estas enfermedades.



Un niño recibe la vacuna del sarampión en una campaña de vacunación del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Impfondo, República Democrática del Congo, en 2019.

Entre enero y marzo de 2022, el continente africano sufrió 17.500 casos de sarampión, lo que supone 400% más que en 2021, aseguró el Dr. Benido Impouma, director de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles de la oficina africana de la OMS. Dado que esta enfermedad es muy contagiosa, los positivos tienden a aparecer en cuanto disminuye la tasa de vacunación, a lo que se suma la relajación de las medidas de distancia social adoptadas por la COVID-19. Esto es lo que está ocurriendo en países como Nigeria, Somalia y Etiopía, donde los desplazamientos derivados de conflictos también incrementan el riesgo de contagio. En el último año, se han producido 21 brotes de gran magnitud y gravedad en todo el mundo, la mayoría en África.

“La pandemia de COVID-19 ha interrumpido los servicios de inmunización, los sistemas sanitarios están desbordados y estamos asistiendo a un resurgimiento de dolencias mortales como el sarampión. En el caso de muchas otras enfermedades, las repercusiones de estas interrupciones de los servicios de inmunización se dejarán sentir durante décadas”, aseguró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS. “Ahora es el momento de volver a poner en marcha la inmunización esencial y lanzar campañas de recuperación para que todo el mundo pueda tener acceso a estas vacunas que salvan vidas”. En África se han lanzado iniciativas de vacunación en unos 30 países como Guinea Ecuatorial, Chad, Etiopía, Somalia o Sudán del Sur.

La fiebre amarilla también se ha disparado en África. En 2021 nueve países notificaron brotes y en lo que va de 2022 ya son tres, entre ellos Kenya, que no sufría esta enfermedad desde

hacía unos 25 años. La OMS está tratando de relanzar la profilaxis contra este virus, sobre todo entre los niños. “Si los pequeños enferman, tienen que ir al hospital o no se pueden mover, entonces hay que ocuparse de ellos y esto genera un enorme impacto también en la vida cotidiana de las familias. No es solo un problema de salud, también afecta a la economía”, aseguró la profesora Helen Rees, directora del Instituto de Salud Reproductiva y VIH de la Universidad sudafricana de Witwatersrand.

El caso de la poliomielitis también es llamativo. [África quedó oficialmente libre del poliovirus salvaje](#) en agosto de 2020, cuatro años después de que se conociera el último caso. Sin embargo, el [pasado mes de febrero se detectó un caso en una niña en Malawi](#) que la OMS considera importado al tratarse de la misma cepa que circula en Pakistán, el único país junto a Afganistán en que esta enfermedad sigue activa. La aparición de este caso ha hecho encender todas las alarmas y la OMS ha lanzado una ambiciosa campaña de vacunación que pretende alcanzar a 23 millones de niños menores de cinco años tanto en Malawi como en los cercanos Mozambique, Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

Sin embargo, no es solo la poliomielitis salvaje la que preocupa en África. Una veintena de países ha detectado [contagios por poliovirus derivado de la vacuna](#), una proporción cuatro veces superior a la de 2020. La dosis oral que se usa mayoritariamente en África, que es barata y fácil de administrar, dota de una inmunización para toda la vida, pero presenta un riesgo: se trata de un virus atenuado que puede mutar y volverse virulento y transmitirse a través de las heces y el agua contaminada a niños sin vacunar, elevando el riesgo de brotes en lugares sin el saneamiento adecuado y con bajas tasas de inmunización.

Mientras tanto, África enfrenta un repunte de casos de COVID-19 tras dos meses de descenso continuado por ahora focalizado casi en exclusiva en Sudáfrica, donde en la última semana se duplicaron los contagios y aumentaron las hospitalizaciones. “Está comenzando allí la estación de invierno y esto provoca un aumento de los problemas respiratorios. Debemos seguir vigilantes”, recordó Impouma. La tasa de vacunación en África continúa siendo muy baja –17% de la población tiene las dos dosis–, sobre todo si se la compara con la de los países desarrollados. Los problemas de acceso a las vacunas en la primera mitad de 2021 contribuyeron a la elevada tasa de rechazo por parte de la población.

Pese a que oficialmente solo hay unos 8,3 millones de africanos que contrajeron la COVID-19, unos 150 estudios de seropositividad han revelado que la tasa de infección podría ser mucho más alta y que la enfermedad habría afectado a unos 800 millones de africanos que, en su mayor parte, superaron este contacto con el virus de manera asintomática o con síntomas leves. En la actualidad los expertos debaten el diseño de nuevas estrategias de vacunación, teniendo en cuenta la inmunidad natural que ha alcanzado buena parte de la población, sobre todo en zonas urbanas. Pese a todo, la OMS insiste en que las campañas de vacunación, sobre todo a la población más vulnerable, y las medidas de distanciamiento físico siguen siendo necesarias y se espera mejorar las cifras para fines de 2022.

El ébola también está de vuelta

El pasado 23 de abril la República Democrática del Congo declaró un nuevo brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la ciudad de Mbandaka, provincia de Équateur. Hasta el momento se han identificado dos contagiados y ambos han fallecido en [el tercer brote identificado en esta zona desde 2018](#). Las autoridades sanitarias del país y la OMS ya han comenzado una campaña de vacunación en anillo. “Ya hemos inmunizado a 78 contactos de los dos confirmados y hemos desplazado equipos a la zona”, aseguró el Dr. Mory Keita, coordinador

técnico de la oficina africana de la OMS. “Este brote no guarda ningún vínculo con los anteriores”, añadió.

El virus del Ébola es endémico en la República Democrática del Congo y está muy presente en la naturaleza, por lo que las zoonosis o saltos del animal al hombre son habituales, sobre todo en los lugares donde el ser humano ha ido ocupando las zonas que antes ocupaban los bosques. Los científicos creen que el principal reservorio del virus del Ébola son varias especies de murciélagos frugívoros que pueden infectar directamente al hombre o a otros animales que a su vez lo transmiten al ser humano. El desarrollo de varias vacunas durante la epidemia de 2014-2016 en África Occidental ha logrado reducir la letalidad de esta enfermedad en los últimos años.

Las autoridades del Ministerio de Salud de Liberia informaron que su sistema de vigilancia ha detectado un aumento inusual en los casos de sarampión.

Las autoridades de salud manifestaron que ahora estaban llamando la atención del gobierno nacional para movilizar recursos para fortalecer el sistema de salud en respuesta al brote en los distintos condados.

“Si no llamamos la atención nacional sobre la situación y movilizamos recursos para contar con las vacunas para responder al brote de sarampión en los condados, tarde o temprano tendremos un sistema de salud que no podrá responder”, afirmó el Dr. Julius Gilayeneh, subdirector de servicios técnicos del Instituto Nacional de Salud de Liberia.

Gilayeneh explicó que, desde principios de 2022, el Ministerio de Salud ha registrado 1.954 casos sospechosos de sarampión en el país, de los cuales 265 han sido confirmados por el Laboratorio de Salud Pública.

Explicó además que el brote se ha informado en 33 de los 92 distritos de todo el país y que se están informando casos sospechosos en los 15 condados.

“El condado de Montserrado es el punto crítico, donde se informan más de 1.145 del total de 1.954 casos, lo que representa más de 50% de los casos notificados”, dijo Gilayeneh.

Agregó que junto a Montserrado, otros condados que han reportado casos son Nimba (249 casos), Grand Bassa (131), Margibi (130) y Lofa (130).

Gilayeneh también informó que hay casos en todos los demás condados, pero los números no se comparan con los enumerados anteriormente.

El rango de edad de los casos reportados va de los 3 meses a los 68 años. Los más afectados son los niños menores de 9 años que representan aproximadamente 80% de los casos.

Mientras tanto, con base en el aumento absoluto y la distribución geográfica de los casos detectados de sarampión, el Instituto Nacional de Salud Pública afirmó que está particularmente preocupado por el sistema de salud, que ya se ha visto afectado por la COVID-19 y sigue siendo frágil.

Sin embargo, el director general de servicios técnicos dijo que les preocupa que, si no se hace nada para responder al brote en los condados, podría convertirse en un desastre.

Según Gilayeneh, la situación no es exclusiva de Liberia: a nivel mundial se registra un aumento de 79% en los casos de sarampión en todo el mundo, según informes de la Organización Mundial de la Salud.

Los países que notifican el mayor número de casos de sarampión, según la OMS, se encuentran en la región de África, algunos de ellos en la región de África Occidental, como Nigeria, Malí y Costa de Marfil.

Rickettsia monacensis, una rickettsia del grupo de las fiebres manchadas (SFGR), son bacterias transmitidas por garrapatas *Ixodes* spp. y rara vez se reportan como causantes de enfermedad en humanos. Pocos casos han sido documentados y confirmados por laboratorio. La infección por *R. monacensis* que causa una rickettsiosis similar a la fiebre manchada mediterránea (FMM) se describió en 2007 en dos pacientes de La Rioja y el País Vasco, España, seguida de un caso en Italia (2012) y dos casos en Corea del Sur (2017 y 2019). A pesar de las pocas infecciones humanas descritas, *R. monacensis* se encuentra con frecuencia (0,5%-42,5%) en garrapatas *Ixodes ricinus* de Europa, incluidos Portugal y el norte de África, y en otra especie de garrapata *Ixodes* en Asia.

Tres rickettsiosis notificadas anteriormente en Portugal fueron FMM causada por *R. conorii*, linfadenopatía transmitida por garrapatas causada por *R. slovaca* y rickettsiosis asociada a linfangitis causada por *R. sibirica mongolitimonae*.

Una reciente [investigación](#) describe el caso de un hombre de 67 años con miocardiopatía dilatada asociada a alcoholismo y diabetes mellitus tipo 2, que fue hospitalizado en febrero de 2021 en Lisboa, Portugal. El paciente informó una historia de fiebre de cinco días y aparición de erupción en el día 3 del inicio de la fiebre. Vivía en Lisboa y había viajado a una zona rural cinco días antes del inicio de los síntomas. Al ingreso presentaba fiebre, fatiga, mialgias y anorexia. El examen físico mostró exantema eritematoso disperso en la parte superior del cuerpo, eritema palmo-plantar y una escara rodeada de eritema en la parte superior de la espalda. Se extrajo del paciente una garrapata *I. ricinus* hembra ingurgitada. La evaluación de laboratorio mostró anomalías hematológicas, hepáticas y renales. Se inició empíricamente doxiciclina oral (200 mg/día) el primer día de hospitalización.

El análisis de una biopsia de la escara y una muestra de sangre fue positivo para *R. monacensis* y negativo para *Borrelia*.

Después de 48 horas de terapia antimicrobiana, el paciente estaba afebril; después de cuatro días, el exantema se resolvió por completo; y después de siete días, todos los síntomas se habían resuelto. El paciente fue dado de alta y programado para seguimiento ambulatorio.

Se confirmó que *R. monacensis* causó la enfermedad en este paciente. Se han informado muy pocos casos de infección humana por *R. monacensis*, posiblemente porque esta especie no se considera muy patógena y para la mayoría de los pacientes podría causar una infección autolimitada. Otra hipótesis es que los casos han sido mal diagnosticados o confirmados solo por serología, que no puede distinguir entre las especies de SFGR. Además, si los casos ocurren en otoño/invierno, cuando las garrapatas *I. ricinus* adultas son más activas y fuera de la temporada alta (junio-septiembre) para FMM, es posible que algunos médicos no piensen en la rickettsiosis como causa, particularmente si no hay un contexto epidemiológico y los hallazgos clínicos no son muy sugestivos.

En este paciente se identificó una escara, como en los tres pacientes de Italia y Corea del Sur. Sin embargo, los dos primeros pacientes identificados en España no presentaban ningún signo de escara. No sabemos si algún factor específico del paciente podría estar asociado con la infección por *R. monacensis*, pero el alcoholismo podría haber sido un factor de riesgo de

gravedad. Con excepción del paciente de Italia, todos los pacientes tenían más de 59 años, incluido el paciente de Portugal, y al menos tres fueron hospitalizados. En general, parecería que las personas mayores son más susceptibles a la enfermedad, incluso cuando están infectadas con *Rickettsia* de baja patogenicidad. Por ejemplo, en el informe del caso de un niño de 8 años de Croacia con borreliosis de Lyme, en quien también se detectó ADN de *R. monacensis* en una biopsia de piel del tejido del eritema migrans, se detectaron anticuerpos contra *Borrelia* pero no anticuerpos contra SFGR.

Este caso de infección por *R. monacensis*, antes considerada de baja patogenicidad y detectada en garrapatas *Ixodes* spp., se asoció con la enfermedad en un paciente inmunocompetente. Otros casos pueden estar subdiagnosticados, especialmente fuera de los meses habituales de verano, cuando los casos de FMM alcanzan su punto máximo en Portugal. Además, debido a que *R. monacensis* comparte el mismo vector que *Borrelia* spp. y se han detectado estas coinfecciones, los médicos deben estar al tanto de esta rickettsiosis, especialmente en áreas donde está presente el vector.



Una reciente investigación mostró que una cuarta parte de los fallecimientos de personas con el VIH que tuvieron lugar en el Reino Unido en el año 2020 fueron debidas a la COVID-19. Los cánceres no defintorios de sida también se encontraron entre las principales causas de muerte. De hecho, seis de cada siete muertes registradas en personas con el VIH del Reino Unido en 2020 fueron debidas a causas no relacionadas con el sida.

Los datos de la presentación provenían de un programa nacional británico –liderado por la Agencia para la Seguridad de la Salud del Reino Unido y la Asociación Británica del VIH (BHIVA)– para identificar las causas de muerte en personas con el VIH. Dos tercios de las clínicas que atienden a personas con el VIH en el Reino Unido participaron en el estudio con relación al año 2020. Los médicos aportaron amplios detalles sobre cada fallecimiento.

Una cuarta parte de los fallecimientos se dieron en menores de 47 años; otra cuarta parte en personas con edades entre los 47 y los 56 años; una cuarta parte en personas de entre 56 y 65 años y una última cuarta parte en mayores de 65 años. El 75% de los fallecimientos se dieron en hombres, 62% en personas de etnia blanca y 25% en personas de etnia negra.

El 47% de los fallecimientos tuvo lugar en personas que habían adquirido el VIH por vía heterosexual, 45% a través de las relaciones entre hombres que practican sexo con hombres y 6% entre usuarios de drogas intravenosas.

Los 621 fallecimientos fueron agrupados en 10 categorías. Una de ellas, las “infecciones no defintorias de sida”, que solía ser un grupo minoritario, pasó a ser el grupo principal, con 154 fallecimientos, de los que 123 se debieron a la COVID-19. Entre los fallecidos por COVID-19, las comorbilidades tales como enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad renal u obesidad fueron frecuentes.

La segunda causa principal de fallecimiento –según las categorías utilizadas– fueron los cánceres no defintorios de sida, que sumaron 126 muertes. Las enfermedades defintorias de sida acumularon un total de 75 fallecimientos.

Las enfermedades cardiovasculares sumaron 67 fallecimientos. Treinta y seis muertes tuvieron como causa el uso de sustancias (que incluye causas asociadas tanto al consumo de alcohol como al uso de drogas). Números más pequeños de fallecimientos se asociaron a enfermedades respiratorias (19 casos), suicidio (14 casos), enfermedad hepática (13 casos) y accidentes (4 casos).

La mayoría de los fallecidos llevaban algunos años diagnosticados de infección por el VIH (la mitad más de 14 años). En el momento de fallecer, 91% tomaban terapia antirretroviral y 82% tenían supresión virológica.

No obstante, 9% de los fallecidos llevaba menos de un año diagnosticado y la mayoría de este subgrupo había recibido un diagnóstico tardío, con bajos niveles de CD4. Se trata de casos que podrían haberse beneficiado de programas de diagnóstico más ambiciosos. De hecho, en 10% de los fallecidos se había perdido una oportunidad diagnóstica –por tener un factor de riesgo, síntoma o patología diagnosticada que debería haber llevado a la realización de una prueba del VIH– en los cinco años previos al diagnóstico.

Entre los fallecidos, los factores de riesgo modificables eran frecuentes: 38% fumaba, 21% consumía alcohol de forma excesiva, 15% era usuario de drogas no intravenosas y 7% era usuario de drogas intravenosas.

El 93% de los fallecidos pudo tener una conversación sobre sus preferencias respecto al final de su vida y ello fue registrado en su historial médico.

La presentación pone de manifiesto el notable impacto que la COVID-19 ha tenido sobre la población con el VIH. Se trata de algo hasta cierto punto previsible debido a la mayor prevalencia de diversas comorbilidades y factores de riesgo en comparación con la población general, pero que había sido infradetectado y considerado un tema controvertido en los estudios que tuvieron lugar durante el primer año de pandemia. Por otro lado, el posible impacto de las oportunidades diagnósticas perdidas sobre la mortalidad de las personas con el VIH y que los suicidios hayan causado más de 2% de las muertes deberían ser asuntos que motivaran una profunda reflexión.

Este estudio fue presentado en la Conferencia 2022 de la Asociación Británica para el Sida, realizada del 20 al 22 de abril de 2022 en Manchester, Reino Unido. Las investigaciones presentadas en reuniones por lo general se consideran preliminares hasta que se publiquen en una revista revisada por profesionales.

El Departamento de Control de Enfermedades de Tailandia emitió una advertencia a las personas que crían monos o viven en los límites de los bosques sobre un mayor riesgo de contraer malaria por *Plasmodium knowlesi*, la causa más común de malaria humana en la región, y notó un aumento en los casos desde octubre pasado.



El Dr. Opart Karnkawinpong, jefe del departamento, dijo el 2 de mayo que la malaria puede transmitirse de primates a humanos a través de la picadura de mosquitos *Anopheles*, pero aún no se ha realizado ningún estudio para determinar si la enfermedad puede transmitirse de humano a humano.

Reveló que la malaria por *Plasmodium knowlesi* se detectó por primera vez en Tailandia en 2004 y se han informado alrededor de 70 casos desde octubre pasado y fines de marzo de este año, en comparación con solo alrededor de 10 casos el año anterior. La mayoría de los casos recientes se encuentran en las provincias sureñas de Ranong y Songkhla y en la provincia oriental de Trat.

Los monos conocidos como reservorios de la enfermedad son el macaco cangrejero (*Macaca fascicularis*), el macaco cola de cerdo (*Macaca leonina*), el macaco rabón (*Macaca arctoides*), el macaco Rhesus (*Macaca mulatta*) y el macaco de Assam (*Macaca assamensis*).

“Los síntomas comunes son fiebre alta, escalofríos y sudoración excesiva. Se recomienda a las personas que desarrollan tales síntomas que consulten a un médico rápidamente para hacerse análisis de sangre e informar cualquier visita a la jungla o contacto cercano con macacos, para que el tratamiento pueda administrarse sin demora, ya que las complicaciones pueden ser fatales”, dijo Opart.

En tanto, el Dr. Apichart Vachiraphan, subdirector general del mismo departamento, dijo que han desplegado tecnología para monitorear los casos de malaria por *Plasmodium knowlesi* y están emitiendo alertas semanales para que los infectados puedan ser encontrados, diagnosticados y tratados en una semana.

La infección por *Plasmodium knowlesi* se considera extremadamente poco común en Tailandia. Durante octubre de 2017 y septiembre de 2018, fue notificado un total de 10 casos de malaria por *P. knowlesi* en las cuatro provincias fronterizas (Songkhla, Yala, Narathiwat y Satun) por primera vez por el Programa Nacional de Control de la Malaria de Tailandia, a pesar del hecho de que el actual sistema nacional de informes se había implementado desde 2012. Estos casos advierten sobre la posible amenaza emergente de *P. knowlesi* en la zona más al sur de Tailandia. Cabe señalar que todos estos 10 casos de *P. knowlesi* fueron diagnosticados erróneamente como *P. vivax* o *P. falciparum* durante el ingreso a las clínicas u hospitales, lo que sugiere que la carga oculta de la malaria por *P. knowlesi* podría ser mucho mayor. Es importante que los frotis de sangre de todos los casos sospechosos de *P. knowlesi* en Tailandia y Malasia peninsular se confirmen mediante microscopía experta y diagnóstico molecular para seguir de cerca la carga de la enfermedad en un futuro próximo.

P. knowlesi es un parásito de la malaria que se encuentra en las poblaciones de monos salvajes y se transmite desde este reservorio animal a los humanos a través de mosquitos infectados. Provoca una enfermedad grave y mortal en los seres humanos y es la causa más común de malaria en partes de Malasia. La distribución geográfica de esta enfermedad es en gran parte desconocida porque a menudo se diagnostica erróneamente como una de las malaras humanas. Los parásitos de la malaria humana se transmiten principalmente entre humanos a través de mosquitos y no se transmiten con frecuencia de otros animales a humanos. Muchos países del Sudeste Asiático, donde se han informado infecciones por *P. knowlesi*, están progresando hacia la elimi-

nación de la malaria humana. Comprender la distribución geográfica de *P. knowlesi* es importante para identificar áreas donde la transmisión de malaria continuará después de que se haya eliminado la malaria humana.

El comportamiento humano es complejo y está influenciado por múltiples factores. Si bien las actividades sociodemográficas, ambientales y al aire libre se describieron comúnmente como factores significativos para la infección por *P. knowlesi*, los factores contextuales que involucran las características del comportamiento humano pueden explorarse más a fondo para mejorar los futuros programas de control de la malaria por *P. knowlesi*.

Una prioridad crítica para la vigilancia y el control de *P. knowlesi* es comprender si la transmisión es completamente zoonótica o si también ocurre a través de la transmisión entre humanos y mosquitos.

Se podría enfatizar en estudios adicionales que detallen los patrones de transmisión del parásito zoonótico emergente *P. knowlesi* de monos a humanos.

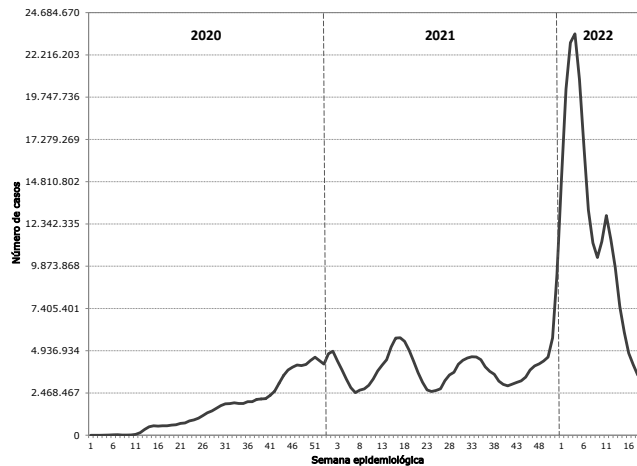
Nuevas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que el número total de muertes asociadas directa o indirectamente con la pandemia de COVID-19 (descrito como “exceso de mortalidad”) entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 fue de aproximadamente 14,9 millones (rango: 13,3 a 16,6 millones).

“Estos datos aleccionadores no solo apuntan al impacto de la pandemia, sino también a la necesidad de que todos los países inviertan en sistemas de salud más resilientes, que puedan sostener los servicios de salud esenciales durante las crisis, incluidos sistemas de información de salud más fuertes”, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “La OMS se compromete a trabajar con todos los países para fortalecer sus sistemas de información de salud a fin de generar mejores datos para tomar mejores decisiones y obtener mejores resultados”.

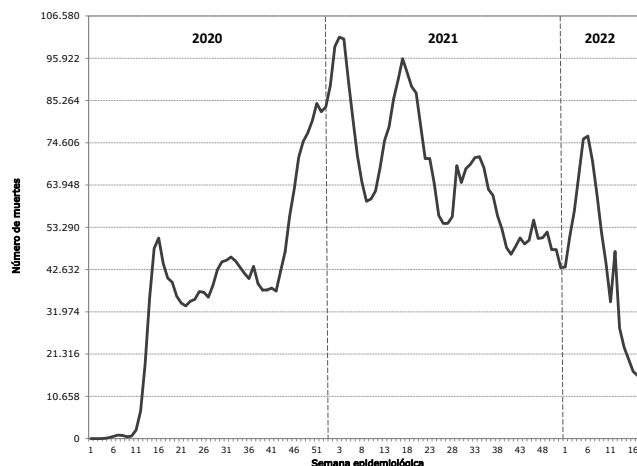
El exceso de mortalidad se calcula como la diferencia entre el número de muertes que se han producido y el número que se esperaría en ausencia de la pandemia según los datos de años anteriores.

El exceso de mortalidad incluye las muertes asociadas a la COVID-19 de forma directa (debido a la enfermedad) o indirecta (debido al impacto de la pandemia en los sistemas de salud y la sociedad). Las muertes vinculadas indirectamente a la COVID-19 son atribuibles a otras condiciones de salud para las cuales las personas no pudieron acceder a la prevención y el tratamiento porque los sistemas de salud estaban sobrecargados por la pandemia. El número estimado de muertes en exceso también puede verse influido por las muertes evitadas durante la pandemia debido a los menores riesgos de ciertos eventos, como accidentes automovilísticos o lesiones laborales.

La mayoría del exceso de muertes (84%) se concentra en el Sudeste Asiático, Europa y las Américas. Alrededor de 68% del exceso de muertes se concentra en solo 10 países a nivel mundial. Los países de ingresos medios representan 81% de los 14,9 millones de muertes en exceso (53% en países de ingresos medios bajos y 28% en países de ingresos medios altos) durante el período de 24 meses, con los países de ingresos altos y de ingresos bajos, representan cada uno 15% y 4%, respectivamente.



Casos confirmados de COVID-19 a nivel global. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 18 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 5 de mayo de 2022, 18:37 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19 a nivel global. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 18 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 5 de mayo de 2022, 18:37 horas.

Las estimaciones para un período de 24 meses (2020 y 2021) incluyen el desglose del exceso de mortalidad por edad y sexo. Confirman que el número global de muertes fue mayor para los hombres que para las mujeres (57% hombres, 43% mujeres) y mayor entre los adultos mayores. El recuento absoluto del exceso de muertes se ve afectado por el tamaño de la población. El número de muertes en exceso cada 100.000 habitantes ofrece una imagen más objetiva de la pandemia que los datos de mortalidad por COVID-19 informados.

“La medición del exceso de mortalidad es un componente esencial para comprender el impacto de la pandemia. Los cambios en las tendencias de mortalidad brindan información a los tomadores de decisiones para guiar las políticas para reducir la mortalidad y prevenir crisis futuras de manera efectiva. Debido a las inversiones limitadas en sistemas de datos en muchos países, el verdadero alcance del exceso de mortalidad a menudo permanece oculto”, dijo la Dra. Samira Asma, Subdirectora General de Datos, Análisis y Resultados de la OMS. “Estas nuevas estimaciones utilizan los mejores datos disponibles y se han producido utilizando una metodología sólida y un enfoque completamente transparente”.

“Los datos son la base de nuestro trabajo diario para promover la salud, mantener el mundo seguro y servir a los vulnerables. Sabemos dónde están las brechas de datos y debemos intensificar colectivamente nuestro apoyo a los países, para que cada país tenga la capacidad de rastrear brotes en tiempo real, garantizar la prestación de servicios de salud esenciales y salvaguardar la salud de la población”, dijo el Dr. Ibrahima Socé Fall, Subdirector General de Respuesta a Emergencias.

La producción de estas estimaciones es el resultado de una colaboración global respaldada por el trabajo del [Grupo Técnico Asesor para la Evaluación de la Mortalidad de COVID-19](#) y las consultas de los países. Este grupo, convocado conjuntamente por la OMS y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de Naciones Unidas (ONU DESA), está formado por muchos de los principales expertos del mundo, que desarrollaron una [metodología](#) innovadora para generar estimaciones de mortalidad comparables incluso cuando los datos están incompletos o no están disponibles.

Esta metodología ha sido invaluable ya que [muchos países aún carecen de capacidad para una vigilancia confiable de la mortalidad](#) y, por lo tanto, no recopilan ni generan los datos necesarios para calcular el exceso de mortalidad. Usando la metodología disponible públicamente, los países pueden usar sus propios datos para generar o actualizar sus propias estimaciones.

“El sistema de la Organización de Naciones Unidas (ONU) está trabajando en conjunto para entregar una evaluación autorizada del costo global de vidas perdidas por la pandemia. Este trabajo es una parte importante de la colaboración continua de ONU DESA con la OMS y otros socios para mejorar las estimaciones de mortalidad global”, dijo Liu Zhenmin, Secretario General Adjunto de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU.

Stefan Schweinfest, Director de la División de Estadísticas de ONU DESA, agregó: “Las deficiencias de datos dificultan evaluar el verdadero alcance de una crisis, con graves consecuencias para la vida de las personas. La pandemia ha sido un claro recordatorio de la necesidad de una mejor coordinación de los sistemas de datos dentro de los países y de un mayor apoyo internacional para construir mejores sistemas, incluido el registro de muertes y otros eventos vitales”.

Los métodos fueron desarrollados por el Grupo Asesor Técnico para la Evaluación de la Mortalidad por COVID-19. Los métodos se basan en un modelo estadístico derivado del uso de información de países con datos adecuados; el modelo se utiliza para generar estimaciones para países con poca o ninguna información disponible. Los métodos y estimaciones continuarán actualizándose a medida que se disponga de datos adicionales y en consulta con los países.

Arte y pandemia



Una mujer contempla un mural de un trabajador de la salud con alas sosteniendo un globo terráqueo en el Día Internacional de la Enfermería en Melbourne, el 12 de mayo 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 aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.