

ARGENTINA

- Vigilancia de virus respiratorios

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por riesgo de brote por el virus de la poliomielitis
- Estados Unidos: Aumentaron los casos de intoxicación por melatonina en niños
- Estados Unidos: Primer caso humano de tularemia en el condado de Pueblo, Colorado

EL MUNDO

- África: La COVID-19 es más letal durante el embarazo
- Alemania: Detectan un caso de infección por el virus Borna en Bayern
- España: Las infecciones de transmisión sexual crecieron 1.000% en la última década
- Kenya: Situación epidemiológica del cólera
- Marruecos: Alertan de un brote de tuberculosis por leche contaminada

- Nigeria: Un brote de meningitis en Jigawa causa 65 muertes
- Nueva Zelanda: Tres personas hospitalizadas con sospecha de tifus murino
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola
- Los alimentos contaminados cobran 420.000 vidas cada año
- Qué significa el brote de viruela símica para las personas que viven con el VIH

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // MARÍA BELÉN BOUZAS // ANA CEBALLOS // JAVIER CASELLAS // ISABEL CASSETTI // FANCH DUBOIS // SERGIO CIMERMAN // SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // GUILLERMO CUERVO // ÁNGELA GENTILE // TOMÁS ORDUNA // SUSANA LLOVERAS // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ // DOMINIQUE PEYRAMOND // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES // DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS // HORACIO SALOMÓN // EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER // NATALIA SPITALE // CARLA VIZZOTTI // LOLA VOZZA

Adherentes



Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

Muestras estudiadas y positivas

En el año 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 16, se registró un promedio de 388.615 muestras semanales para todos los virus respiratorios. Sin embargo, ese número de muestras presenta una proporción desigual, ya que 385.735 fueron analizadas para SARS-CoV-2 y 2.880 muestras, en promedio, para Influenza y otros virus respiratorios.

Agentes virales identificados

Al analizar de manera integrada la circulación del SARS-CoV-2, el virus Influenza y otros virus respiratorios, se observa un incremento sustancial de los casos positivos de SARS-CoV-2 a partir de la SE 11 del año 2020. Al comparar con el periodo pre-pandémico, se observa una clara diferencia en la circulación habitual de los virus respiratorios durante el año 2021 y las primeras 16 semanas de 2022.

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

Si bien en la SE 16 de 2022 el virus más frecuente continúa siendo el SARS-CoV-2, se verifica la circulación de otros virus respiratorios, principalmente influenza, parainfluenza, virus sincicial respiratorio, adenovirus y metapneumovirus.

En relación al virus influenza, a partir de las últimas semanas del año 2021 y durante el periodo analizado de 2022 se registra un importante aumento en el número de casos. En las primeras 16 semanas del año 2022, se notificaron 10.232 casos de influenza, de los cuales 2.263 cuentan con subtipificación: 2.259 de influenza A(H3N2) y 4 de influenza A(H1N1). Se registran además 11 casos de influenza B sin linaje y un caso de influenza B linaje Victoria.

Los casos de influenza se detectaron en todos los grupos etarios, con mayor en el de 25 a 34 años, y el de 45 a 64 años. En menores de 5 años también se detectaron casos de parainfluenza, virus sincicial respiratorio, adenovirus y metapneumovirus.

Las jurisdicciones con mayor número de muestras con resultado positivo para SARS-CoV-2 en el año 2022 hasta la SE 16 fueron la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Mendoza, San Juan, Santa Fe y Tucumán.

En el año 2022 hasta la SE 16, se registraron 70 fallecimientos con diagnóstico de influenza.



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR RIESGO DE BROTE POR EL VIRUS DE LA POLIOMIELITIS

10/06/2022

Dado el riesgo de importación de poliovirus salvaje como de los derivados de la vacuna o la emergencia de un poliovirus derivado de la vacuna en la Región, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) compartió con sus Estados Miembros un [documento](#) que incluye una serie de consideraciones relacionadas a la prevención, vigilancia y preparación.

Resumen de la situación actual

Luego de la certificación de la erradicación de los poliovirus salvajes tipo 2 y 3, la poliomielitis continúa siendo endémica para el poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en dos países: Afganistán y Pakistán. En Afganistán, hasta el 7 de junio de 2022 se ha detectado un caso de WPV1 y cuatro en 2021. En Pakistán se han reportado ocho casos de WPV1 en 2022.

En febrero de 2022 se confirmó el aislamiento de un WPV1 en una niña de tres años con parálisis flácida aguda (PFA) en Malawi. El análisis mostró que el virus está genéticamente relacionado con el WPV1 que se detectó en Pakistán en octubre de 2019. Este es el primer caso de WPV1 en el continente africano en más de cinco años. En mayo de 2022, en muestras de materia fecal recolectadas de un niño con PFA en Mozambique, se identificó un caso de WPV1. La secuenciación del virus confirmó que este virus está relacionado con una importación desde Pakistán, que posteriormente derivó en el WPV1 que fue detectado en Malawi en febrero de 2022 y en el caso de WPV1 de Mozambique.

La detección de WPV1 fuera de los dos países endémicos en el mundo –Pakistán y Afganistán– es de gran preocupación y subraya la importancia de priorizar las actividades para detectar y controlar la poliomielitis.

Adicionalmente, varios países de África y Asia presentan circulación de poliovirus derivados de la vacuna (cVDPV), variantes del poliovirus que pueden surgir en comunidades con bajas coberturas de vacunación. Recientemente, se han detectado brotes de VDPV en Israel y Ucrania.

Mientras no se interrumpa la transmisión del poliovirus en todo el mundo, todos los países continúan en riesgo de importación de poliomielitis.

Situación en las Américas

La Región de las Américas fue certificada como libre de poliomielitis en 1994. Este logro fue obtenido a través de la implementación de programas de vacunación de rutina, la realización

de campañas masivas de vacunación y la implementación de la vigilancia de los casos de PFA en menores de 15 años de edad.

Desde la certificación de la eliminación de la poliomielitis, los países de la región han mantenido la vacunación y la vigilancia epidemiológica de las PFA. Sin embargo, entre 2020 y 2021, se acentuó la caída de las coberturas de vacunación que ya se venía presentando desde antes de la pandemia de COVID-19. En 2020 hubo una disminución significativa en las tasas de detección de PFA cada 100.000 niños menores de 15 años en comparación con lo detectado en años previos. A nivel regional, el promedio de esta tasa descendió de 1,27 para el período 2016-2019, a 0,83 para 2020 y 2021. Asimismo, comparando estos mismos períodos, se observa un marcado aumento en el número de países/territorios que no alcanzaron una tasa mayor o igual a 1.

Adicionalmente, las coberturas con tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica (ya sea de la vacuna oral o la vacuna inactivada en niños menores de 1 año) muestran una tendencia descendente o están por debajo de 95% en 33 de los 42 países/territorios de los que se dispone de datos.

De continuar esta tendencia en las coberturas de vacunación y la vigilancia epidemiológica, existe un alto riesgo de ocurrencia de brotes posterior a la importación de un virus (salvaje o derivado de la vacuna) o la emergencia de poliovirus derivado de la vacuna, y que estos no sean detectados a tiempo.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante la situación expuesta, la OPS/OMS recordó a los Estados Miembros que las medidas más efectivas para disminuir el riesgo de ocurrencia de brotes es mantener buenos niveles de inmunidad de la población a través de coberturas altas y homogéneas de vacunación, y una vigilancia epidemiológica sensible que permita detectar e investigar de forma oportuna los casos de PFA.

A continuación, una serie de consideraciones respecto a vacunación, vigilancia y plan de mitigación de riesgos y respuesta a brotes para las autoridades nacionales.

- **Vacunación**

La OPS/OMS recomienda que todos los países logren alcanzar y mantener altos niveles de cobertura (mayor o igual a 95%) con la vacuna contra la poliomielitis, tanto a nivel nacional como subnacional. Los países que no han introducido la segunda dosis de IPV deben hacerlo a la mayor brevedad posible.

- **Vigilancia**

Es importante que todos los países/territorios de la región refuercen la vigilancia de los casos de PFA para facilitar una respuesta oportuna frente a la detección de una importación o a la emergencia de un poliovirus derivado de la vacuna:

- DetECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE CASOS DE PFA EN MENORES DE 15 AÑOS: Capacitar al personal de salud de todos los niveles en la detección y notificación de PFA. El número de casos de PFA notificados cada año se utiliza como indicador de la capacidad de un país para detectar la poliomielitis, incluso en países donde la enfermedad ya no se presenta. El sistema de vigilancia de un país debe ser lo suficientemente sensible para detectar al menos un caso de PFA cada 100.000 menores de 15 años, incluso en ausencia de poliomielitis.

- Recolección y transporte de muestras de materia fecal para su análisis: Al inicio de la parálisis, la poliomiелitis puede ser difícil de diferenciar de otras formas de PFA, como el síndrome de Guillain-Barré, la mielitis transversa o la neuritis traumática. Todos los niños con PFA deben ser investigados para detectar poliovirus salvaje dentro de los 14 días posteriores a la instalación de la parálisis. Para la prueba de poliomiелitis, las muestras de materia fecal se analizan para detectar la presencia de poliovirus. Las muestras deben llegar al laboratorio dentro de las 72 horas posteriores a su recolección. De lo contrario, deben congelarse (a -20°C) y luego enviarse congeladas.
- Confirmación por laboratorio: La muestra se inocula en cultivos celulares en donde el virus puede infectar y replicar. El virus aislado es posteriormente tipificado mediante ensayos moleculares, se inicia con una reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa para determinar el serotipo y si se trata de un virus salvaje o uno vacunal; luego se realizan pruebas de secuenciación genética para confirmar el genotipo. La secuencia genética obtenida se compara con un banco de referencia de poliovirus conocidos, lo que permite hacer inferencias sobre el origen geográfico del virus aislado de la muestra.

- **Plan de mitigación de riesgos**

Desarrollar un análisis de riesgo e implementar las acciones necesarias para mitigar el riesgo logrando altas coberturas de vacunación y el mantenimiento de un sistema de vigilancia sensible.

- **Plan de respuesta a brotes**

Se instó a los países/territorios a tener un plan actualizado de respuesta a brotes para estar preparados para responder de forma oportuna ante un caso de importación de poliovirus salvaje tipo 1 o un poliovirus derivado de la vacuna o la emergencia de un poliovirus derivado de la vacuna.

De acuerdo con el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomiелitis y la Fase Final 2013-2018, todos los países debían introducir al menos una dosis de vacuna inactivada contra la poliomiелitis (IPV) en 2015 en preparación para el cambio sincronizado de vacuna trivalente oral contra la poliomiелitis (tOPV), que contiene los tres serotipos por vacuna bivalente oral contra la poliomiелitis (bOPV) que contiene únicamente los serotipos 1 y 3. Los problemas de abastecimiento de la IPV dificultaron el cumplimiento de esta meta.

En la Región de las Américas, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación recomendó en 2015 la introducción de dos dosis de IPV. La introducción tardía de la IPV y las coberturas subóptimas han resultado en el aumento del número de niños susceptibles al poliovirus tipo 2 en todo el mundo. La detección de cualquier poliovirus del tipo 2 (salvaje, derivado de la vacuna o Sabin) en cualquier muestra, de cualquier procedencia, se considera una emergencia de salud pública que requiere una respuesta rápida y coordinada a nivel mundial, nacional y subnacional.

Los investigadores están llamando la atención sobre un aumento en los casos de intoxicación en niños relacionados con el uso de la melatonina, una hormona indicada para dormir.

El año pasado, los centros de control de envenenamiento de Estados Unidos recibieron más de 52.000 llamadas por niños que habían consumido cantidades preocupantes del suplemento dietético, un aumento de seis veces con respecto a la década anterior.



La mayoría de estas llamadas fueron sobre niños pequeños que accidentalmente consumieron de botes de melatonina, algunos de los cuales vienen en forma de gomitas para niños.

“Los padres pueden pensar en la melatonina como el equivalente de una vitamina y dejarla en la mesita de noche”, dijo la Dra. Karima Lelak, médica de urgencias del Hospital Infantil de Michigan y autora del [estudio](#). “Pero en realidad es un medicamento que tiene el potencial de causar daño y debe guardarse en el botiquín”, acotó.

Qué es la melatonina

La melatonina es una hormona que ayuda a controlar el ciclo de sueño del cuerpo. Se ha convertido en una popular opción de venta libre que ayuda a dormir; las ventas han experimentado aumentos de 150% entre 2016 y 2020, dijeron los autores.

En Estados Unidos la melatonina se vende como suplemento, no está regulada como medicamento. Debido a la falta de regulación, la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) no supervisa la pureza de los ingredientes ni la precisión de las declaraciones de dosis.

Otros investigadores han descrito que lo que está en la etiqueta puede no coincidir con lo que realmente contiene el bote. En algunos países se ha prohibido la venta de melatonina sin receta.

Cómo se tratan las sobredosis

Muchas personas pueden tolerar incluso dosis relativamente altas de melatonina sin daño significativo, dicen los expertos. No hay antídoto para una sobredosis.

En los casos en que un niño ingiere accidentalmente melatonina, la respiración lenta u otros signos preocupantes pueden significar que el niño debe ser llevado al hospital.

Qué encontraron los investigadores

Lelak y sus colegas analizaron los informes de los centros de control de intoxicaciones de 2012 a 2021 y contaron más de 260.000 llamadas sobre niños que habían consumido dema-

siada melatonina. Estas representaron 0,6% de todas las llamadas de control de intoxicaciones en 2012 y alrededor de 5% en 2021.

En aproximadamente 83% de esas llamadas, los niños no mostraron ningún síntoma. Pero otros niños sufrieron vómitos, respiración alterada o mostraron otros síntomas. Durante los 10 años estudiados, más de 4.000 niños fueron hospitalizados, cinco necesitaron ser conectados a máquinas para ayudarlos a respirar y dos, ambos menores de 2 años, murieron.

La mayoría de los niños hospitalizados eran adolescentes, y se cree que muchos de esos casos se trataban de intentos de suicidio.

Qué pasó durante la pandemia

Los envenenamientos por melatonina informados han ido en aumento durante al menos una década, pero los aumentos más grandes ocurrieron después de que la pandemia de COVID-19 azotara a Estados Unidos en 2020. Entre 2019 y 2020, el recuento se disparó 38%.

“Puede haber varias razones”, dijo Lelak. Debido a los confinamientos y al aprendizaje virtual, más niños estaban en casa todo el día, lo que significaba que había más oportunidades para que los niños accedieran a la melatonina. Además, la pandemia causó estrés y ansiedad que interrumpieron el sueño, lo que puede haber causado que más familias consideren el uso de la melatonina.

“Los niños estaban molestos por estar en casa, los adolescentes estaban alejados de sus amigos. Y además de todo eso, todos miran pantallas durante horas y horas al día”, dijo Lelak.

Los funcionarios de salud pública anunciaron el primer caso de tularemia humana en el condado de Pueblo en 2022 en un joven.

“Se advierte a los residentes de Pueblo, especialmente a los que viven en Pueblo West, que la bacteria que causa la tularemia puede estar presente en algunos de los mamíferos, especialmente conejos, roedores y liebres, y en el suelo donde estos animales pueden estar activos”, informó Alicia Solís, jefa de programa en el Departamento de Salud Pública y Ambiental de Pueblo. “Los casos humanos de tularemia son raros, pero algunas actividades pueden aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad. Estas actividades pueden incluir inhalar o beber tierra o agua contaminada, tener contacto directo con animales infectados o ser picado por una garrapata o un tábano”.



La tularemia, también llamada fiebre del conejo, se puede propagar a través del suelo contaminado con excrementos u orina de animales enfermos, como conejos, y las bacterias que causan la tularemia se pueden aerosolizar e inhalar cuando una persona corta el césped, sopla las hojas o levanta la tierra.

“Debido a que se sabe que la tularemia está presente en el condado de Pueblo, siempre se deben tomar precauciones para prevenir la infección, especialmente cuando se corta la maleza o el césped y cuando se remueve la tierra”, enfatizó Solís.

La infección también puede ocurrir por la picadura de insectos infectados (más comúnmente garrapatas y tábanos), así como por la tierra y la vegetación. Los cazadores que desuellan animales sin guantes y están expuestos a sangre infectada a través de una herida abierta también están en riesgo. Los signos típicos de infección en humanos incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolores musculares, dolor de pecho y tos. La tularemia se puede tratar con antibióticos.

Los perros y los gatos también pueden contraer tularemia al comer conejos infectados u otros roedores y a través de las picaduras de garrapatas y tábanos. Si una mascota muestra síntomas de enfermedad, como fiebre, secreción nasal y ocular y llagas en la piel, debe ser llevada a un veterinario de inmediato. La tularemia se trata fácilmente si se diagnostica a tiempo en perros y gatos.

La tularemia, también conocida como fiebre de los conejos o fiebre de las liebres silvestres, es una enfermedad infecciosa potencialmente grave. Fue descrita en 1911, durante un brote en California. Se observó que se transmite a los seres humanos por el contacto con los cuerpos de los animales infectados, mostrándose como un problema creciente entre los agricultores, los cazadores y los cocineros.

La bacteria responsable de la infección, *Francisella tularensis*, es un cocobacilo gramnegativo, resistente al frío e incluso a la congelación, y notablemente resistente a la lavandina, pero sensible a los desinfectantes comunes. Es una bacteria muy infecciosa, es decir, se necesita muy poco inóculo para lograr la infección.

Hay dos variedades, distintas por sus características de cultivo y también por su virulencia: *F. t. tularensis*, propia de Norteamérica, es la más virulenta para las personas; en Asia y Europa se presenta la variedad *F. t. palaeartica*, menos virulenta.

La enfermedad es endémica en Norteamérica, y en partes de Europa y Asia. Los reservorios son muy diversas especies de mamíferos pequeños de los órdenes roedores (ratones, ratas, ardillas, etc.) y lagomorfos (liebres, conejos y pikas).

Los pequeños roedores son muy sensibles a la infección, sufriendo una alta mortalidad cuando se producen las epidemias. Estas son favorecidas por una alta densidad de población y, después de ellas, los roedores supervivientes presentan inmunidad persistente. En los animales domésticos la infección suele tener un carácter subclínico, es decir, apenas produce signos.

La transmisión puede ocurrir de muchas maneras:

- Por contacto físico con el cuerpo infectado de animales, sobre todo a través de heridas y mucosas. Ésta es la única forma frecuente de transmisión de la variante propia de Europa y Asia. Cazadores, carniceros, granjeros y peleteros, guardas rurales y, en general, personas que frecuentan el campo son las que presentan mayor probabilidad de infectarse.
- Por la picadura de diversos artrópodos. Los vectores primarios son sobre todo garrapatas y tábanos, pero puede transmitirla una amplia variedad de animales.
- Por agua contaminada con la bacteria. Se estima que en Norteamérica una fracción significativa de las transmisiones (5-10%) se produce de esta manera.
- Por inhalación. Hay que tomar precauciones con el polvo que levantan las labores agrícolas y las obras públicas.

No se transmite por contagio directo, es decir, por contacto con una persona enferma o portadora. No es necesario aislar a los enfermos de tularemia.

La persistencia de la bacteria en el ambiente puede durar varias semanas, durante las cuales, después de una epidemia, deben mantenerse la vigilancia y las precauciones.

Se han descrito seis formas clínicas: glandular, úlcero-glandular, óculo-glandular, orofaríngea, tifoidea y neumónica. La incubación puede durar de 1 a 14 días, siendo 3-5 lo más frecuente. La enfermedad, si no se trata, dura entre 3 y 6 semanas.

Entre los síntomas generales se incluyen: fiebre súbita, escalofrío, priapismo, dolor de cabeza, diarrea, dolores musculares, dolor articular, tos seca y debilidad progresiva. Otros síntomas dependen de la manera como la persona entró en contacto con la bacteria. Se producen úlceras en el foco infeccioso cuando la infección es por contacto, dolor e inflamación de los ganglios linfáticos, dolor e inflamación de los ojos y dolor de garganta.

Las personas también pueden contraer neumonía, cuando el contagio es por inhalación, lo que no es frecuente, y presentar dolor en el pecho, esputo sangriento, así como dificultades para respirar.

El antibiótico de elección para su tratamiento es la estreptomina. También puede ser tratada con quinolonas, gentamicina, tetraciclinas o cloranfenicol. Las personas que se han expuesto a la bacteria de la tularemia deben recibir atención médica tan pronto como sea posible. La enfermedad puede llegar a ser mortal, pero se trata adecuadamente con antibióticos. Se trata de una infección aguda, pero también puede cronificarse. No es necesario el aislamiento.

Se investiga desde hace tiempo en vacunas para la tularemia, pero no han pasado de la fase experimental.

El embarazo pone a las mujeres en mayor riesgo de complicaciones médicas graves o muerte por COVID-19, según un nuevo [estudio](#) realizado entre más de 1.300 mujeres en África Subsahariana.

Vacunar a las mujeres embarazadas contra la COVID-19 debería ser una prioridad en toda la región, donde la mayoría de los países aún no recomiendan la vacunación durante el embarazo.



Múltiples estudios ya han demostrado que la COVID-19 es más peligrosa para las mujeres embarazadas que para las que no lo están. Pero la mayoría de las mujeres en estos estudios vivían en Europa, América del Norte o Asia. Hasta ahora, se disponía de pocos datos de África.

Las poblaciones de África suelen ser más jóvenes que las de Europa, América del Norte y Asia Oriental. Pero ciertas enfermedades infecciosas como el VIH, la malaria y la tuberculosis, así como enfermedades no infecciosas como la anemia de células falciformes, son más comunes allí. Esas condiciones pueden dificultar que el cuerpo combata las infecciones.

El estudio analizó los registros de salud de 1.315 mujeres tratadas en hospitales en seis países de África Subsahariana entre marzo de 2020 y marzo de 2021.

Aproximadamente un tercio estaban embarazadas y había dado positivo para el SARS-CoV-2. Otro tercio estaba embarazada y dio negativo, y el otro tercio no estaba embarazada y dio positivo. Los investigadores probaron cómo el embarazo, la infección por el SARS-CoV-2 y condiciones como el VIH, la tuberculosis, la malaria y la anemia de células falciformes afectaban la probabilidad de que una mujer padeciera una enfermedad grave o la muerte.

Los hallazgos fueron sombríos. Las mujeres embarazadas que fueron hospitalizadas en África Subsahariana tenían cinco veces más probabilidades de morir en el hospital si daban positivo para el SARS-CoV-2. Y estar embarazada duplicó las probabilidades de que una mujer ingresada en un hospital con COVID-19 muriera.

Las mujeres embarazadas con COVID-19 también tenían un mayor riesgo de complicaciones graves que requerían cuidados intensivos. No fue posible saber si el embarazo hizo que la combinación de COVID-19 y tuberculosis o VIH fuera más riesgosa, pero las mujeres con VIH,

tuberculosis, malaria o anemia de células falciformes que contraían COVID-19 tenían más probabilidades de enfermar gravemente.

El estudio realizado en África Subsahariana evidencia hallazgos consistentes con los resultados de otros estudios. Pero debido a que solo consideró a mujeres hospitalizadas, no fue posible saber si el embarazo hace que las mujeres sean más propensas a infectarse con el SARS-CoV-2 o si se enferman en primer lugar. El uso de datos recopilados en el pasado también puede causar problemas con el análisis, que los investigadores usaron herramientas estadísticas para corregir.

Se espera que los hallazgos convenzan a los legisladores en África Subsahariana para que recomienden la vacunación de mujeres embarazadas y mujeres que podrían quedar embarazadas.

La conclusión es que las mujeres embarazadas deben vacunarse; incluso antes de quedar embarazada. La implicación más importante de este estudio es abogar por la vacunación contra la COVID-19 en mujeres en edad fértil.

Múltiples estudios han demostrado que las vacunas contra la COVID-19 son seguras y efectivas durante el embarazo, y 110 países recomiendan la vacunación contra el COVID-19 para algunas o todas las mujeres embarazadas. Sin embargo, actualmente solo 13 de los 48 países de África Subsahariana lo hacen.

La falta de apoyo del gobierno obstaculiza los esfuerzos para hacer que la vacuna sea más accesible para las mujeres embarazadas y se complica por las altas tasas de renuencia a vacunarse en África Subsahariana, donde solo alrededor de 19% de las mujeres tiene la intención de vacunarse.

Las mujeres y sus familias están preocupadas por su seguridad, y piensan que la vacuna podría dañarlas a ellas, a sus fetos y bebés, y se ha demostrado ampliamente que no es así. La vacuna es segura para las mujeres embarazadas y lactantes.

Se ha detectado en Bayern un caso de una infección muy rara causada por el virus Borna. Una persona del distrito de Mühldorf am Inn se vio afectada, anunció la oficina del distrito el 13 de junio. En Alemania solo se registran unos pocos casos humanos aislados de la enfermedad, que suele ser mortal.

Dos infecciones más por el virus Borna se habían registrado en el distrito en los últimos tres años. Esta infección desencadena

una meningitis que suele ser fatal en casi todos los casos. Los sobrevivientes generalmente sufren secuelas severas de por vida. En promedio, se reportan en Alemania dos casos cada año. Sin embargo, los científicos suponen que el número de casos no denunciados es mayor, con hasta seis casos por año.

Según la Oficina Estatal de Salud y Seguridad Alimentaria de Bayern, se informaron siete casos en toda Alemania en 2021, cinco de ellas en Bayern. El único huésped conocido del patógeno es el musgaño dientes blancos (*Crocidura leucodon*), en el que la infección no provoca síntomas graves. Los animales excretan el virus en la orina, las heces y la saliva. Otros mamíferos pueden infectarse de esta manera.



Musgaño dientes blancos (*Crocidura leucodon*)

La enfermedad de Borna, también conocida como enfermedad del caballo triste, es un síndrome neurológico infeccioso de animales de sangre caliente, causado por los virus de la enfermedad de Borna 1 y 2 (BoDV-1/2). Son virus neurotrópicos, miembros de la familia *Bornaviridae*, orden *Mononegavirales*.

La enfermedad de Borna es una enfermedad neurológica grave que afecta predominantemente a caballos y ovejas, pero se ha observado en una amplia gama de mamíferos. Se caracteriza por ataxia y conducta depresiva anormal, que frecuentemente culmina en la muerte. Ha habido casos raros de muertes humanas asociadas con la encefalitis causada por la infección por este virus. Además, existe evidencia que vincula la infección por BoDV-1/2 con trastornos neuropsiquiátricos, como el trastorno bipolar en humanos.

La enfermedad de Borna se describió por primera vez en 1885, cuando todos los caballos pertenecientes a un regimiento de caballería estacionado cerca de la ciudad de Borna en Sachsen, Alemania, murieron a causa de una enfermedad desconocida hasta ese momento. En 1909, Ernst Joest y Kurt Degen descubrieron inclusiones distintivas en los nervios de los caballos que habían muerto por la enfermedad de Borna, que se denominaron cuerpos de inclusión de Joest-Degen. Esta característica histopatológica sigue en uso hoy en día para confirmar la presencia de la enfermedad. En 1924, el virólogo austriaco Wilhelm Zwick sugirió un virus como la causa de la enfermedad.

El modo de transmisión de BoDV-1/2 no está claro, pero probablemente ocurre por exposición intranasal a saliva contaminada o secreciones nasales. Después de la infección, las personas pueden desarrollar la enfermedad de Borna o pueden permanecer subclínicas, posiblemente actuando como portadores del virus. El único reservorio animal conocido de BoDV-1 es el musgaño dientes blancos (*Crocidura leucodon*), que no es susceptible a la enfermedad de Borna. No está claro si las infecciones en humanos o en ganado se deben a la transmisión zoonótica del musgaño dientes blancos.

Los anticuerpos contra BoDV-1 en humanos se descubrieron por primera vez a mediados de la década de 1980, lo que sugiere que pueden infectarse de forma no fatal. También se han detectado anticuerpos contra BoDV-1 y el antígeno de BoDV-1 en donantes de sangre.

En 2018, se confirmaron en Alemania tres casos mortales de la enfermedad de Borna en humanos. Se sospechó que tres personas se infectaron a través de trasplantes de órganos del mismo donante, dos de los cuales murieron. Un tercer caso fatal no estaba relacionado con la donación de órganos. Las tres muertes se debieron a una encefalitis grave.

En 2020, se identificaron varios casos adicionales de infección humana en el estado federal alemán de Bayern. En total, se han confirmado 24 casos de infección humana por BoDV-1 entre 1996 y 2021. La infección casi siempre es fatal. Todos los casos ocurrieron en áreas conocidas de propagación de BoDV-1, incluidos los estados federales de Bayern, Brandenburg, Thüringen y Sachsen-Anhalt.

Han pasado 32 años ya desde el “Póntelo, pónselo” y la situación no parece haber cambiado demasiado. Bueno, algo sí. Se debe recordar que en aquellos tiempos algunas farmacias se negaban a vender condones a menores. Pero la situación actual tampoco pinta bien. Hace un año, la ex ministra de Sanidad alertaba de un aumento “muy preocupante” de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en jóvenes. Se hablaba entonces de un incremento anual de 26,3% y tendía a aumentar.

Las cifras hablan por sí solas: un incremento de 1.073% en las ITS en mujeres en los últimos 10 años. Un número preocupante que forzaría a las instituciones a replantearse otras estrategias. Según indica un nuevo informe del Observatorio Bloom sobre las ITS en mujeres, las infecciones se han disparado en los últimos años. En concreto, entre 2012 y 2019 hubo un crecimiento llegando al récord de contagios de 16.304 casos anuales. Esta tendencia ha hecho que los médicos disparen las alarmas y abunden los estudios para saber dónde está el problema.



Las ITS más comunes

El 64,8% de los casos diagnosticados en este periodo corresponden a clamidiosis. Después, le siguen la gonorrea (15,6%), el VIH (8%), la sífilis (5,6%), la hepatitis C (3,6%), la hepatitis B (2,3%) y el linfogranuloma venéreo (0,1%). Y, aunque casi todas las infecciones se han incrementado en los últimos años, las tendencias son dispares para cada ITS. Por ejemplo, las que más han crecido desde el año 2015 son la gonorrea, con 729% de aumento, y la clamidiosis con 480%.

Se considera la causa principal un desconocimiento generalizado sobre las ITS: la poca percepción del riesgo es lo que provoca el menor uso de medidas de prevención, como el preservativo. Además, han cambiado las formas en las relaciones sexuales: las parejas se contactan por aplicaciones de citas y la vida sexual empieza a edades más bajas. También han crecido el número de relaciones sólo sexuales (follamigos, como se le conoce en la jerga) o de recambios de pareja.

Lo que más llama la atención es que 70% de las mujeres consideran que tienen un conocimiento deficiente sobre las ITS y 13,46% de ellas no sabe mencionar ninguna de ellas. El problema es claramente educativo.

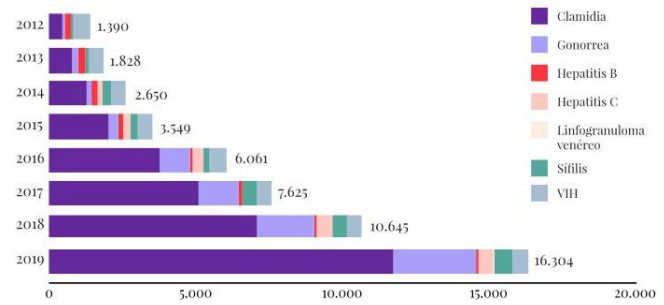
Los perfiles

Las edades con más riesgo van de los 15 a los 35 años. Uno de los motivos puede ser que a partir de esas edades las parejas se estabilizan más y cambian menos. Estudios recientes también hacen hincapié en el impacto territorial: se menciona que, a mayor concentración de población y turismo, más casos de ITS. Es por eso que Catalunya se encuentra a la cabeza, con

nada menos que la mitad de casos de ITS de toda España. Le siguen Madrid, la Comunidad Valenciana y Andalucía.

¿Y los hombres?

El caso masculino es igual de devastador. En realidad, las tasas más elevadas se dan en hombres, y la infección por gonorrea es la más alta: 98,8 casos cada 100.000 habitantes, en población de entre 20 y 24 años. También la sífilis y la clamidiosis. Lo que sucede es que las mujeres se hacen revisiones más a menudo que los hombres, ya sea en el ginecólogo o el médico. En cambio, los hombres casi nunca pasan por la consulta. Y si se tiene en cuenta que 50% de las ITS no presentan síntomas (dos de cada tres clamidiosis no se manifiestan), es el cóctel perfecto.



Casos notificados de infecciones de transmisión sexual. España. Años 2012/2019. Fuente: Red de Vigilancia Epidemiológica del Instituto de Salud 'Carlos III'.

Adiós al condón, hola a la “marcha atrás”

Volviendo a la campaña de 1990, el mítico “Póntelo, pónselo”, se observa que no se ha aprendido nada. Entonces, las campañas de prevención estaban muy asociadas al VIH y, una vez pasada la crisis en las décadas de 1980-1990, las autoridades bajaron el pistón y la población general se olvidó de que existían las ITS. Ahora el uso del preservativo entre los jóvenes ha descendido de 84 a 75% desde 2002.

Y no sólo eso: los expertos explican que uno de los motivos del aumento de ITS es que no se use protección en el sexo oral. Además, el Ministerio de Sanidad lleva tiempo advirtiendo de una tendencia al uso de métodos no seguros como la “marcha atrás” (no eyacular dentro de la vagina). Una práctica que usa una de cada cuatro mujeres y que no protege de la mayoría de las ITS, ya que se transmiten por los fluidos previos.

El brote de cólera en Kenya continúa evolucionando con una tendencia creciente y una propagación geográfica desde que se detectó por primera vez a principios de mayo de 2022 en el condado de Kisumu y fue anunciado por las autoridades sanitarias. En la semana epidemiológica 20, se informaron 312 casos nuevos en tres condados –Nairobi, Kisumu y Kiambu– en todo el país. Esto representa un aumento dramático de los cuatro casos informados en la semana anterior 19.

Hasta el 31 de mayo de 2022, se ha notificado un total de 319 casos con dos muertes (tasa de letalidad 0,6%) en tres condados afectados: Nairobi, Kisumu y Kiambu. Se ha aislado *Vibrio cholerae* a partir de dos cultivos de muestras en el laboratorio de Nairobi. El condado de Kisumu se encuentra en el epicentro del brote, con 311 de los casos notificados (97,5%). El condado de Nairobi ha informado siete casos con dos muertes (tasa de letalidad de 28,6%) y el condado de Kiambu tiene un caso, sin registrar muertes

En Nairobi, se han notificado casos en cinco subcondados de los 17 de la ciudad: Mathare, Starhe, Kamukunji, Westlands y Roy Sambu. Las dos muertes fueron reportadas en Mathare y Kamukunji. Entre los siete casos notificados en Nairobi, dos fueron confirmados por cultivo y el brote sigue activo en todos los subcondados afectados.

Acciones de salud pública

- El equipo de respuesta nacional se ha desplegado en los condados afectados para apoyar a los equipos de respuesta locales en la implementación de actividades de respuesta.
- Las actividades de comunicación de riesgos están en curso con mensajes de sensibilización sobre la prevención del cólera para que la comunidad se adhiera a medidas higiénicas simples, como lavarse las manos y desinfectarse.
- La búsqueda activa de casos, el rastreo de contactos y la gestión de casos están en curso, así como la logística y los suministros para el cólera proporcionados a los subcondados afectados.

Interpretación de la situación

Kenya se une a la lista de otros tres países –Sudán del Sur, Tanzania y Somalia– en la subregión de África Oriental que están experimentando brotes de cólera. Aún no se ha establecido ningún vínculo epidemiológico entre el brote de cólera en curso en Kenya y sus países vecinos. Sin embargo, el contexto subregional exige una mayor colaboración entre los países afectados para prevenir las transmisiones transfronterizas resultantes de los movimientos masivos de población. Medidas como el lavado regular de manos, que se instituyeron como resultado de la pandemia de COVID-19, pueden haber ayudado a reducir la propagación del cólera. Sin embargo, a medida que disminuye el cumplimiento de estas medidas, existe la probabilidad de que resurjan los brotes de cólera. Las autoridades de salud deben fortalecer los esfuerzos de respuesta, incluida una mejor comunicación de riesgos, para controlar rápidamente este brote.

La Dirección Regional de Salud y Protección Social de Settat advirtió al jefe de gobierno de la ciudad sobre la alta incidencia de tuberculosis.

La advertencia indicó que todos los centros de salud de la ciudad están registrando una alta incidencia de la enfermedad, especialmente el centro de salud Al-Khair.

Agregó que la variedad más común es la tuberculosis ganglionar. La Dirección Regional de Salud atribuyó la causa de la aparición de esta enfermedad en particular al consumo de leche y derivados lácteos.



La Dirección advirtió que la leche y sus derivados expendidos en la ciudad por algunos vendedores ambulantes, en los callejones y frente a las mezquitas, sin respetar las condiciones de conservación y de seguridad sanitaria, puede portar bacterias que causan esta peligrosa enfermedad.

La Dirección recomendó a las autoridades locales de la ciudad de Settat evitar la venta de estos productos, con el fin de preservar la salud de los ciudadanos.

Asimismo, observó que la incidencia de intoxicaciones alimentarias aumenta en el verano, dado que las altas temperatura y humedad brindan el ambiente ideal para la reproducción de gérmenes, y por ende la contaminación de los alimentos.

Esto exige una mayor vigilancia por parte de las autoridades sanitarias, ante el caos de la venta de alimentos que no están sujetos a control sanitario, y obliga a los padres a ser cuidadosos y vigilar lo que comen sus hijos fuera de casa, especialmente aquellos alimentos que no cumplen con los requisitos de seguridad e higiene.

Según la Asociación Nacional para la Concienciación y el Control de la Tuberculosis (ASLT), esta enfermedad causa 3.000 muertes al año en Marruecos, tras propagarse sobre todo en grandes ciudades como Casablanca-Settat, Tánger-Tetuán-Alhucemas, Rabat-Kenitra, Fez-Mequinez, Marrakech-Safi y Souss-Massa.

Los datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud revelan que Marruecos acumulaba 31.536 casos de tuberculosis, lo que justifica que la ASLT califique a este “verdadero problema de salud pública” como un “asesino silencioso”.

La mayoría de los casos de tuberculosis en personas son causados por *Mycobacterium tuberculosis*. *Mycobacterium bovis* es otra micobacteria que puede causar tuberculosis en humanos.

M. bovis se encuentra con más frecuencia en el ganado vacuno y en otros animales como búfalos, alces y venados. En humanos, *M. bovis* causa tuberculosis, que puede afectar los pulmones, los ganglios linfáticos y otras partes del cuerpo. Sin embargo, tal como ocurre con *M. tuberculosis*, no todas las personas infectadas con *M. bovis* se enferman. Las personas infectadas que no están enfermas tienen una infección latente, que no presentan síntomas y no pueden contagiar a otras. Sin embargo, algunas personas con infección latente más adelante pueden desarrollar tuberculosis.

La transmisión de *M. bovis* del ganado a las personas fue en algún momento común, pero esta ha disminuido enormemente gracias a décadas de control de enfermedades en el ganado y a la pasteurización rutinaria de la leche de vaca.

Generalmente, las personas se infectan con *M. bovis* al consumir productos lácteos contaminados no pasteurizados. El proceso de pasteurización –que destruye los organismos en la leche que causan enfermedades, al calentarla y enfriarla rápidamente– elimina *M. bovis* de los productos lácteos.

La infección también se puede producir a través del contacto directo con una herida, lo que podría ocurrir durante la matanza o destazado, o al inhalar la bacteria exhalada al aire por animales infectados con *M. bovis*. Se considera que la transmisión directa de los animales a los seres humanos a través del aire es rara, pero *M. bovis* se puede propagar directamente de persona a persona cuando la gente que tiene la enfermedad en sus pulmones tose o estornuda.

La mayoría de las personas tienen un riesgo muy bajo de infectarse con *M. bovis*. Entre las que tienen un riesgo más alto se encuentran aquellas que trabajan con ganado vacuno, búfalos o ciervos, o productos de estos animales, como pieles o cueros, leche o carne. Ejemplos de ocupaciones o pasatiempos que pueden poner en mayor riesgo a las personas son la ganadería, la producción láctea, trabajar en un matadero o como carnicero. Las personas que consumen leche no pasteurizada o productos lácteos elaborados con esta leche también están en riesgo.

No todas las infecciones por *M. bovis* evolucionan a tuberculosis, por lo que puede que no se presente ningún síntoma. En las personas, los síntomas de la tuberculosis por *M. bovis* son similares a los de la tuberculosis por *M. tuberculosis*: fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso. También se pueden presentar otros síntomas dependiendo de la parte del cuerpo afectada por la enfermedad.

Por ejemplo, la enfermedad pulmonar se puede asociar con tos, y la gastrointestinal puede causar dolor abdominal y diarrea. Si no recibe tratamiento, la persona puede morir a causa de la enfermedad.

No menos de 65 personas han sido reportadas como fallecidas por un brote de meningitis en el estado de Jigawa. La mayoría de las víctimas son niños menores de once años.

Algunas de las aldeas que registran una alta tasa de casos en el estado incluyen las aldeas de Mele, Dungundun, Kanya Arewa y Dantanoma en Babura; y áreas de gobierno local de Gumel, Maigatari y Suletankarkar en Jigawa North West.

Según Malam Alkasim Yakubu, jefe de la aldea de Dungundun, al menos 19 niños han muerto a causa de la enfermedad.

Agregó que el problema comenzó alrededor de abril y desde entonces ha empeorado con el aumento en la tasa de infecciones y muertes.

Yakubu declaró además que “19 personas fallecieron, y dos perdieron el sentido del oído. Fue impactante para nosotros, ya que nunca habíamos experimentado un desastre así. Llevamos a los pacientes al puesto de salud de Danladin Gumel, donde algunos murieron allí, mientras que otros murieron en sus casas antes de ser trasladadas al hospital. Algunos de ellos también fueron remitidos al Hospital General de Gumel”.

Malam Yusuf Ahmad, jefe de la aldea de Mele, en el área del gobierno local de Gumel, dijo que “21 personas murieron y más de 30 casos se recuperaron”.

Por su parte, Alhaji Akilu Dawaki, jefe de la aldea de Kanya Arewa en el área del gobierno local de Babura, declaró que la enfermedad había provocado la muerte de 19 personas en su dominio, donde se habían registrado más de 70 casos.

Según él, “lo que nos ayudó a controlar la enfermedad fue que establecimos localmente un centro de aislamiento y trasladamos a los pacientes”.

El brote de la enfermedad en Jigawa comenzó el mes pasado y la situación empeoró en las áreas de gobierno locales fronterizas del estado con Níger.

Malam Samaila Mahmud, el epidemiólogo estatal del Ministerio de Salud, confirmó el brote. “El registro disponible en el ministerio indica que 65 personas han muerto hasta ahora, entre 257 casos registrados en 18 de las 27 áreas de gobierno local del estado”, dijo.

Jigawa es uno de los 36 estados de Nigeria, ubicado en la región centro-norte de Nigeria, en la frontera con el vecino Níger. La noticia indica que se están registrando casos de meningitis en 18 de las 27 áreas del gobierno local de Jigawa, pero no establece la etiología de la enfermedad. Sin embargo, es probable que se trate de *Neisseria meningitidis*.

El norte de Nigeria se encuentra dentro del ‘cinturón africano de la meningitis’, las áreas semiáridas del África Subsahariana, donde las epidemias de meningitis meningocócica se repiten cada año durante la estación cálida y seca entre diciembre y junio. El serogrupo A de *N. meningitidis* era la causa principal de las epidemias de enfermedad meningocócica en esta región.

Sin embargo, en 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a vacunar a todas las personas de uno a 29 años de edad en los países del cinturón africano de la meningitis con una vacuna conjugada contra el meningococo A. El norte de Nigeria se encontraba dentro de la zona que fue vacunada entre 2010 y 2013. Hasta noviembre de 2017, se habían vacunado más de 280 millones de personas y, hasta abril de 2021, 24 de los 26 países del cinturón de la meningitis habían realizado campañas preventivas masivas en todo el país o en áreas de alto riesgo, y la mitad de ellos había introducido esta vacuna en sus esquemas nacionales de vacunación de rutina.

Después de la introducción de la vacuna conjugada contra el meningococo A en los países del cinturón africano de la meningitis, la OMS notó una disminución en el número de casos de meningitis; de hecho, el número de casos en 2013 fue el más bajo registrado durante la temporada epidémica en los 10 años anteriores. Entre las poblaciones vacunadas, la incidencia de la meningitis del serogrupo A ha disminuido en más de 99%; no se ha confirmado ningún caso del serogrupo A desde 2017. El serogrupo A ha sido reemplazado por otros serogrupos meningocócicos, en particular el serogrupo C y el serogrupo W. También se han regis-

trado brotes del serogrupo X en esta región. La OMS señaló que “la implementación de vacunas conjugadas antimeningocócicas multivalentes [ACWY] es una prioridad de salud pública para eliminar las epidemias de meningitis bacteriana en el cinturón africano de la meningitis”.

La noticia no indica si la vacunación antimeningocócica se ha introducido en el programa de inmunización de rutina en la región nigeriana de Jigawa, el estado de vacunación meningocócica de los niños afectados o el serogrupo meningocócico involucrado en este brote, si es que *N. meningitidis* es el patógeno involucrado. Tampoco indica si hay una terapia antibiótica disponible para tratar los casos de meningitis bacteriana en esta región, o si hay antibióticos disponibles para administrar de inmediato a los contactos cercanos de las personas con meningitis para disminuir el riesgo de transmisión.



Se sospecha que una persona que vive en la región noroeste de Auckland haya contraído tifus murino, al igual que otras dos personas con las que comparte hogar, informó el Servicio Regional de Salud Pública de Auckland (ARPHS).

Una portavoz del ARPHS dijo que fueron notificados la semana pasada sobre los casos sospechosos de esta enfermedad, que puede causar fiebre, dolor de cabeza, malestar general, linfadenopatía, dolor muscular y sarpullido en humanos. Los síntomas pueden tardar hasta dos semanas en desarrollarse después de la infección, pero la enfermedad grave es rara.

“El tratamiento es con antibióticos y la mayoría de las personas se recuperan por completo, a veces sin tratamiento”, dijo la portavoz del ARPHS.

El tifus murino es causado por la bacteria *Rickettsia typhi*, que en Nueva Zelanda es transmitida por las pulgas de los gatos o roedores.

La bacteria vive inofensivamente en las glándulas salivales del insecto, pero puede enfermar a los humanos cuando se transmite a través de sus picaduras o heces. No se puede transmitir de persona a persona.

“Puede reducirse el riesgo de infección al tratar a las mascotas para mantenerlas libres de pulgas y conteniendo a los roedores y otros animales lejos de las casas o lugares de trabajo”, dijo la portavoz.

Esto puede incluir mantener tapas herméticas en los contenedores de basura y contenedores de compost y almacenar alimentos, incluida la comida para mascotas, en recipientes herméticos.

También puede incluir el uso de trampas para el control de roedores, usar siempre guantes al alimentar o manipular animales enfermos o muertos, usar repelente de insectos y evitar manipular animales callejeros o salvajes sin la protección adecuada.

Los casos de tifus murino en Auckland tienden a ser raros y el último caso notificado tuvo lugar en 2017.

La Clínica Veterinaria Dairy Flat, a 35 km al norte de Auckland, dijo que fue notificada del brote el 3 de junio. La veterinaria, Dra. Angela Matthews, dijo que tres personas habían sido hospitalizadas anteriormente con la enfermedad, pero que ahora se estaban recuperando en su hogar.

Los casos incluyeron a dos adultos y un miembro del personal del área de Kaukapakapa, que habían estado manejando una camada de gatitos callejeros portadores de la enfermedad, y que tenían la esperanza de reubicar a los animales.

“La familia le dijo a la clínica porque estaban muy preocupados por la presencia de la enfermedad en el área y querían que los lugareños lo supieran”, dijo Matthews.

El tifus transmitido por pulgas (también conocido como tifus murino o endémico) es causado por las bacterias *Rickettsia typhi* y *Rickettsia felis*. Las ratas son el principal reservorio animal de *R. typhi*, sin embargo, otros mamíferos, como gatos, perros y zarigüeyas que viven en libertad, y sus pulgas, pueden mantener estos microorganismos en áreas donde no hay ratas ni pulgas

de rata. La pulga de la rata *Xenopsylla cheopis* es el vector más común de *R. typhi* y la pulga del gato *Ctenocephalides felis* es el principal reservorio y vector de *R. felis*.

Los humanos infectados a menudo tienen contacto con animales que pueden portar estas pulgas. Las pulgas defecan cuando se alimentan. Los seres humanos se infectan cuando las heces de las pulgas infectadas se frota en la herida de la picadura excoriada u otras heridas en la piel o en los ojos. La infección también puede resultar de la inhalación de heces de pulgas aerosolizadas o de la ingestión de heces de pulgas. Estas bacterias no se transmiten de persona a persona. El tifus murino es una enfermedad relativamente leve en comparación con el tifus epidémico. Entre los pacientes ingresados en un hospital de agudos con esta enfermedad, solo 10% requiere cuidados intensivos, y hasta 4% fallece.

El tifus murino se distribuye en todo el mundo, especialmente en los ambientes costeros cálidos y húmedos de las regiones tropicales y subtropicales, incluida la zona noroeste de Auckland en Nueva Zelanda. En Europa, se distribuye a lo largo de la costa mediterránea, así como las costas atlántica y mediterránea de África. En Estados Unidos, la mayoría de los casos de tifus murino ocurren en Texas, California y Hawai'i, con un promedio de alrededor de 300 casos cada año, aunque la enfermedad no se notifica a nivel nacional.

Desde el 19 de mayo de 2022, han pasado 17 días sin informes de un nuevo caso de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo. Al 5 de junio de 2022 se han registrado un total de cinco casos (cuatro confirmados y uno probable), todos ellos fallecidos. Équateur sigue siendo la única provincia afectada del país, con dos zonas sanitarias afectadas (Mbandaka y Wangata) y tres áreas sanitarias afectadas (Libiki, Mama Balako y Motema Pembe).

Continúan en marcha las actividades de vigilancia, incluida la investigación de alertas, el rastreo de contactos y las pruebas de casos sospechosos, aunque en niveles subóptimos debido a las acciones de huelga de los trabajadores de la salud. En total, se han identificado y listado 1.076 contactos desde el inicio del brote, con 418 aún con menos de 21 días de seguimiento. Al 5 de junio de 2022, se han analizado 611 muestras desde el inicio del brote. Cuatro fueron confirmados positivos para la EVE.

La fuente del brote sigue siendo esquiva, y los investigadores continúan buscando información adicional, incluida la identificación del historial de exposición de casos y contactos. El análisis anterior de la secuenciación genómica indicó que el brote actual representa un nuevo evento indirecto del reservorio huésped del virus del Ébola y no está directamente relacionado con brotes anteriores de la enfermedad.

Acciones de salud pública

- Las actividades de respuesta a nivel de campo continúan siendo coordinadas por la División de Salud Provincial con el apoyo técnico y operativo del Ministerio de Salud nacional, la Organización Mundial de la Salud y otros socios.
- A pesar de la huelga de los trabajadores de la salud, algunas actividades de respuesta de salud pública están en curso.
- La semana pasada, 87.175 viajeros fueron registrados y examinados para detectar EVE en los puntos de ingreso. En total, 418.516 de los 451.641 (92,7%) viajeros registrados en los puntos de ingreso desde el inicio del brote han sido examinados para detectar la EVE. De estos, 110 eran sospechosos de EVE y se les hizo la prueba. Ninguno fue positivo.
- Un total de 418 contactos permanecen en seguimiento, con 381 (91,1%) atendidos al 5 de junio de 2022.
- En la última semana fueron vacunadas 44 nuevas personas (cuatro contactos y 40 contactos de contactos). Al 5 de junio, 1.564 personas de las zonas sanitarias afectadas han sido vacunadas contra la EVE mediante la estrategia de anillo dirigida a contactos y contactos de contactos. Un total de 300 son contactos y 1.264 son contactos de contactos. Hay 787 trabajadores de salud de primera línea entre los vacunados.
- La semana pasada se analizaron 53 nuevas muestras para detectar la EVE, lo que elevó a 611 el total de análisis de laboratorio al 5 de junio. Un total de 217 cartuchos GeneXpert permanecen en stock en todo el país, con 36 disponibles en el laboratorio de la ciudad de Mbandaka.
- También están en curso otras actividades, incluidas las intervenciones de prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud y la comunidad, el apoyo psicoso-

cial y las acciones de comunicación de riesgos y participación comunitaria para impulsar las actividades de rastreo de contactos y vacunación.

Interpretación de la situación

Es alentador que no se haya informado ningún caso nuevo de EVE en la provincia de Équateur durante los últimos 17 días; sin embargo, se debe tener precaución ya que las acciones de huelga de los trabajadores de la salud locales han obstaculizado las actividades óptimas de vigilancia y respuesta. En medio de la resistencia de la comunidad y la baja cobertura de vacunación entre los contactos cercanos, no se puede descartar la posibilidad de brotes.

Se debe priorizar la resolución de las acciones de huelga actuales organizadas por los trabajadores de salud locales para mejorar la vigilancia para la detección oportuna de cualquier caso nuevo y volver a encaminar los esfuerzos de respuesta.

Cada año casi una de cada 10 personas en el mundo se enferma y 420.000 mueren por consumir víveres en mal estado, destaca la edición 2022 de la [Guía Mundial de la Inocuidad de los Alimentos](#), presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Unas 200 enfermedades, con más de 600 millones de casos anuales, son transmitidas por los alimentos contaminados o víveres no inocuos, con una pérdida de productividad estimada en 95.000 millones de dólares.

La OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) recalcan que las enfermedades causadas por alimentos contaminados afectan desproporcionadamente a las personas vulnerables y marginadas, como mujeres y niños, y a las poblaciones sujetas a los conflictos y a la migración.

De acuerdo con esas agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), si se mejora la inocuidad y la calidad de los alimentos también se reducen el hambre, la desnutrición y la mortalidad infantil, además de que los niños pierden menos días de escuela y los adultos se ausentan menos del trabajo.

La guía especifica que las más de 200 enfermedades son causadas por ingerir alimentos contaminados con bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas como los metales pesados.

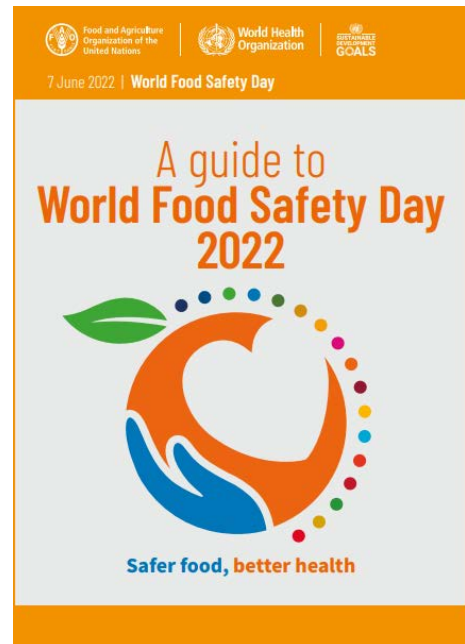
La carga que esto tiene en los sistemas de salud pública es comparable a la de la malaria o el VIH/sida. Sin embargo, a diferencia de otros males, las enfermedades provocadas por los víveres no inocuos se pueden prevenir con educación, higiene y la manipulación adecuada de los alimentos.

El documento agrega que los organismos resistentes a los antimicrobianos se pueden transmitir a través de la cadena alimentaria, por contacto directo entre animales y personas o a través del ambiente, y detalla que unas 700.000 personas mueren cada año en el mundo debido a infecciones resistentes a los antimicrobianos.

Además, subraya que las enfermedades causadas por parásitos transmitidos por los alimentos pueden provocar problemas de salud agudos y crónicos, y refiere que los casos de las 11 principales enfermedades parasitarias llegan a 48,4 millones al año, y que 48% de ellos es de origen alimentario.

La OMS llamó la atención sobre el elevado riesgo de desnutrición y mortalidad por ingesta de alimentos nocivos que tienen los menores de cinco años, y precisa que ese grupo representa 40% de las enfermedades transmitidas por víveres.

Los alimentos nocivos causan una de cada seis muertes por diarrea, una de las afecciones que más decesos provocan en ese grupo de edad.



La OMS insistió en que los alimentos inocuos y nutritivos son básicos para el crecimiento y el desarrollo infantiles, porque mejoran el potencial intelectual y físico, e incrementan el rendimiento escolar y la productividad laboral en la vida adulta.

Asimismo, hizo hincapié en que la lactancia materna exclusiva es la forma más segura de alimentar a los bebés durante los primeros seis meses de vida.

Por otra parte, la OMS y la FAO afirmaron que la producción de alimentos inocuos reduce la pérdida y el desperdicio de alimentos y beneficia al planeta.

También sostienen que los alimentos inocuos ayudan a la economía mediante el aumento de la productividad, permitiendo mercados alimentarios nacionales prósperos, más exportaciones, y un comercio de alimentos estable.

Los alimentos inocuos además reducen la presión en los sistemas de atención sanitaria, destacó la OMS.

Las agencias de la ONU indicaron que la salud de los animales, las plantas y el ambiente en el que se producen inciden en la inocuidad de los alimentos, por lo que abogaron por la adopción de un enfoque integral que garantice que sean inocuos todos los víveres que lleguen al consumidor.

Entre los avances en esa dirección, mencionaron que 188 países más la Unión Europea han negociado recomendaciones basadas en datos científicos relacionados con la inocuidad y la calidad de los alimentos, las normas del [Codex Alimentarius](#), que garantizan que la comida sea inocua y se pueda comercializar.

Desde 1963 la FAO y la OMS desarrollan el Codex Alimentarius como conjunto de normas, códigos de práctica, directrices y recomendaciones internacionalmente reconocidas relacionadas con los alimentos, su producción y su inocuidad.

El nuevo brote de viruela símica continúa propagándose en el Reino Unido y en todo el mundo, afectando principalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Varios de los hombres que desarrollaron viruela símica viven con el VIH, pero hasta ahora no parecen haber presentado peores resultados. Si bien cualquiera puede contraer el virus a través del contacto personal cercano, los expertos instan a los HSH, en particular, a estar alerta a los síntomas y tomar precauciones durante la temporada del Orgullo.



Si bien la viruela símica no es una enfermedad nueva, el brote actual es inusual. La viruela símica se observa principalmente en África Central y Occidental, y tradicionalmente se pensaba que no se contagiaba fácilmente entre las personas.

En su última actualización, la [Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido \(UKHSA\)](#) informó de 287 casos confirmados en Inglaterra, 10 en Escocia, tres en Gales y dos en Irlanda del Norte. El 7 de junio, la UKHSA anunció que la viruela símica es ahora una enfermedad infecciosa de notificación obligatoria que debe informarse a las autoridades sanitarias.

Hasta el 2 de junio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) notificó [780 casos de viruela símica confirmados por laboratorio](#) en países donde el virus no es endémico. Después del Reino Unido, el mayor número de casos se han notificado en España, Portugal, Canadá y Alemania. Un [recuento informal de Global.health](#) sitúa el número de casos confirmados o sospechosos en más de 1.300.

La mayoría de los casos, pero no todos, hasta ahora son hombres, la mayoría de los cuales se identifican como HSH. Muchos informaron viajes internacionales recientes, y algunos de los casos [se han relacionado](#) con un evento del Orgullo Gay en las Islas Canarias, un festival fetichista en Bélgica y saunas en España y Canadá. De los casos confirmados con género identificado, solo tres son mujeres.

“Según los informes de casos hasta la fecha, este brote se transmite actualmente a través de las redes sociales conectadas en gran parte a través de la actividad sexual, principalmente entre HSH. Muchos, pero no todos los casos, informan parejas sexuales eventuales y/o múltiples, a veces asociadas con grandes eventos o fiestas”, [dijo el Dr. Hans Henri P. Kluge](#), Director Regional de la OMS para Europa. “Debemos recordar, sin embargo, como hemos visto en brotes anteriores, que la viruela símica es causada por un virus que puede infectar a cualquier persona y no está intrínsecamente asociado con ningún grupo específico”.

El virus de la viruela símica se transmite a través del contacto personal cercano, incluido el contacto piel con piel, los besos, el contacto con la ropa o la ropa de cama que han estado en contacto con el líquido de las llagas y las gotitas respiratorias a corta distancia. Pero no se cree que se propague por el aire a distancias más largas como el SARS-CoV-2. Aunque todavía

no está claro si la viruela símica se transmite directamente a través del semen, sí se propaga a través del contacto con las llagas durante las relaciones sexuales.

Antecedentes de la viruela símica

La viruela símica está relacionada con la viruela, pero es menos grave. Por lo general, causa síntomas similares a los de la influenza, linfadenitis y una erupción que progresa desde pequeños puntos rojos hasta ampollas llenas de líquido o pus. La erupción puede ocurrir en la cara, en la boca o en cualquier parte del cuerpo.

Sin embargo, los médicos informan que los casos en el brote actual no siempre siguen el patrón clásico. Algunas personas tienen solo una o unas pocas lesiones, a menudo en los genitales o en el área anal, que pueden parecerse a las infecciones de transmisión sexual más comunes, como el herpes o la sífilis. Algunas personas no han tenido síntomas asociados como fiebre, fatiga o linfadenitis.

El virus de la viruela símica tiene un período de incubación de hasta tres semanas, y la enfermedad suele durar de dos a cuatro semanas. La transmisión es más probable cuando las personas tienen síntomas, y pueden permanecer infecciosos hasta que las llagas están completamente curadas y las costras se caen.

Aunque las lesiones pueden ser bastante dolorosas, la mayoría de las personas con viruela símica se recuperan por completo sin tratamiento. La cepa del virus que circula en Europa tiene una tasa de mortalidad de alrededor de 1%, y hasta ahora no se han reportado muertes durante el brote actual.

Pero la viruela símica puede causar enfermedades más graves en niños, mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas. Las complicaciones pueden incluir neumonía, sepsis, encefalitis e infección de la córnea que conduce a la pérdida de la visión. Los medicamentos antivirales que se usan para tratar la viruela también se pueden usar para la viruela símica, incluidos tecovirimat (Tpoxx®), cidofovir (Vistide®) y brincidofovir (Tembexa®).

Viruela símica y VIH

Hay datos limitados sobre la viruela símica y las personas que viven con el VIH. Estudios previos en África encontraron que las personas con VIH no controlado tenían peores resultados, incluidas lesiones más grandes y duraderas, más complicaciones y varias muertes.

“Existen datos limitados entre las personas que viven con el VIH, pero aquellos que toman antirretrovirales y tienen un sistema inmunológico robusto no han informado un curso más severo”, [según la OMS](#). “Aquellas personas que viven con el VIH que no están en tratamiento o permanecen inmunodeprimidas pueden tener un curso más severo, como está documentado en la literatura”.

La Dra. Claire Dewsnap, presidente de la Asociación Británica para la Salud Sexual y el VIH, [dijo](#) que las personas VIH positivas que reciben terapia antirretroviral con supresión viral y un recuento de CD4 superior a 200 “no corren ningún riesgo particular de empeoramiento significativo”.

La Asociación Británica del VIH (BHIVA) está de acuerdo en que es probable que el VIH en sí mismo no aumenta la susceptibilidad a la infección por viruela símica ni provoca una enfermedad más grave.

“Actualmente, no recomendamos ninguna acción específica para las personas con VIH más allá de la vigilancia sobre las presentaciones clínicas y el historial de exposición”, [dijo la BHI-](#)

VA. Sin embargo, la organización sugirió que las personas con un recuento de CD4 por debajo de 200, una carga viral detectable persistente o una enfermedad reciente relacionada con el VIH deben considerarse de mayor riesgo.

Un informe reciente describió cuatro casos de viruela símica entre HSH en Italia. Dos eran seropositivos y recibían terapia antirretroviral eficaz y dos eran seronegativos y recibían profilaxis pre exposición (PrEP). Tres de los hombres asistieron al evento de Canarias y uno dijo que viajaba por trabajo sexual; todos informaron sexo sin condón con diferentes parejas masculinas mientras viajaban.

Tres de los hombres tenían síntomas sistémicos. Todos reportaron lesiones en diferentes partes del cuerpo, incluidos los genitales en tres casos y la región anal en dos casos. Pero a diferencia de la presentación clásica de viruela símica, todos tenían lesiones asincrónicas, lo que significa que no todas las llagas estaban en la misma etapa al mismo tiempo. Todos los hombres se recuperaron sin tratamiento. Las pruebas revelaron que tres tenían niveles muy bajos de ADN del virus de la viruela símica en su semen, dos tenían muestras fecales positivas y uno tenía una muestra de saliva positiva.

Otro informe describió 96 casos de viruela símica en Portugal, con información más detallada sobre un subconjunto de 27 casos. Todos eran hombres, la mayoría en la veintena o la treintena. Catorce eran seropositivos. Solo cuatro informaron viajes internacionales recientes, y solo uno había conocido contacto con personas con síntomas similares, pero la mayoría informó haber tenido relaciones sexuales recientes con múltiples parejas y varios habían visitado saunas. Aproximadamente la mitad informó síntomas sistémicos que incluyen fiebre e inflamación de los ganglios linfáticos. Seis tenían úlceras genitales y cinco úlceras anales.

En otro informe, investigadores del Reino Unido les preguntaron a las personas con viruela símica sobre el VIH y otras condiciones de salud preexistentes, pero decidieron no incluir esta información porque los datos aún eran preliminares.

Prevención de la viruela símica

La vacunación contra la viruela también previene la viruela símica, pero la mayoría de las personas menores de 50 años no han sido vacunadas, ya que la viruela se erradicó en todo el mundo en 1980.

Una vacuna viva más antigua contra el virus vaccinia (ACAM2000®) puede causar eventos adversos, especialmente en personas inmunodeprimidas y con afecciones de la piel. Sin embargo, se probó una vacuna contra la viruela símica y la viruela no replicante aprobada recientemente (Imvanex® o Jynneos®) y se descubrió que es segura para las personas con VIH. Para las personas que toman antirretrovirales con un recuento alto de CD4, “si le ofrecen una vacuna contra la viruela, debe tomarla”, aconsejó Dewsnap.

La transmisión de la viruela símica se puede contener mediante la vacunación en anillo o vacunas dirigidas a los contactos cercanos de una persona infectada. Debido a que la viruela símica tiene un largo período de incubación, la vacunación dentro de varios días después de la exposición funciona como profilaxis posterior a la exposición. Varios países ahora están administrando vacunas a contactos de alto riesgo de casos conocidos y proveedores de atención médica. Canadá anunció recientemente que ofrecería vacunas a los hombres que hayan tenido más de dos parejas sexuales masculinas en los últimos 14 días. Pero los expertos dicen que la vacunación universal contra la viruela para la población general no está indicada en este momento.

Los funcionarios de salud instan a cualquier persona con una erupción o lesiones inusuales en cualquier parte del cuerpo, especialmente en los genitales, a que se comunique con su proveedor de atención médica o una clínica de salud sexual. Sin embargo, las personas deben llamar con anticipación para recibir asesoramiento antes de la visita.

Las personas que dan positivo para la viruela símica deben aislarse hasta que se recuperen por completo y la erupción desaparezca por completo. Se recomienda a aquellos que piensan que podrían haber estado expuestos que se controlen a sí mismos para detectar síntomas, se abstengan de tener relaciones sexuales y eviten reuniones que impliquen contacto cercano durante tres semanas. Aunque no se sabe si el virus se transmite a través de las secreciones genitales, la UKHSA recomienda que las personas con viruela símica usen condones durante ocho semanas después de la infección como medida de precaución.

Además, es importante que las personas que den positivo en la prueba de viruela símica y aquellas que creen que podrían haber estado expuestas cooperen con los esfuerzos de rastreo de contactos. Afortunadamente, los HSH y sus proveedores tienen experiencia en el manejo de brotes de infecciones de transmisión sexual que pueden aplicarse a la contención de la viruela símica.

“Las comunidades homosexuales y bisexuales tienen una gran conciencia y un rápido comportamiento de búsqueda de salud cuando se trata de su salud sexual y la de sus comunidades”, dijo Kluge. “De hecho, deberíamos aplaudirlos por su pronta presentación a los servicios de atención médica”.

Prevención...

Viruela Símica

Es un virus que se transmite de animales a seres humanos. Sus síntomas son similares a los que presentaron pacientes con viruela, pero en menor intensidad.

Origen

Selvas tropicales de África Central y Occidental

Incubación

Periodo de 05 a 21 días

Diagnóstico

Por PCR en muestras de exudado de las lesiones cutáneas

Síntomas

- Hinchazón de ganglios linfáticos
- Dolor muscular
- Lesiones en la piel
- Dolor de cabeza
- Dolor en espalda baja
- Cansancio
- Fiebre

Contagio entre personas

Contacto físico directo con lesiones, fluidos corporales u objetos contaminados de un caso confirmado o probable.

Prevención

- No compartir objetos de uso personal
- Estornudo de etiqueta
- Uso de cubrebocas
- Lavado de manos
- Limpiar y desinfectar espacios

Ante cualquier sospecha, acude a tu unidad de salud más cercana

Salud Morelos | SSM_Morelos | ssm_morelos | Salud Morelos | salud.morelos.gob.mx

Secretaría de Salud de Morelos (México. 2022).

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

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

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