

ARGENTINA

- Jujuy: Se diagnostican unos 300 casos nuevos de VIH por año
- Santa Fe: Identificaron 35 nuevos virus en murciélagos de zonas urbanas

AMÉRICA

- Tendencia creciente en los casos de sífilis y sífilis congénita en la Región
- Brasil: Nueva muerte por fiebre manchada brasileña en Leme, São Paulo

- El Salvador: La cifra de casos de dengue más alta de los últimos siete años

- Estados Unidos: Un condado de Florida en cuarentena después del descubrimiento del caracol gigante

EL MUNDO

- Australia: Dos casos de difteria faríngea en New South Wales, los primeros en lo que va del siglo
- China: Notificaron un caso humano de influenza aviar A(H5N6) en Jiangxi

- India: Reportan dos muertes humanas por rabia en Kerala a causa de mordeduras de perros

- Pakistán: *Naegleria fowleri* se cobra dos vidas más en Karachi

- República Democrática del Congo: Declararon el final del último brote de enfermedad por el virus del Ébola

- Tailandia: Reemergencia de casos de fiebre zika en viajeros que regresaron del país

- Tanzania: Brote de cólera en las regiones de Kigoma y Katavi

- Más de 23 millones de niños no recibieron las vacunas esenciales debido a la pandemia de COVID-19

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Adherentes



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

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

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

Argentina



JUJUY

SE DIAGNOSTICAN UNOS 300
CASOS NUEVOS DE VIH POR AÑO

02/07/2022

Raúl Roman, referente de la Unidad de VIH dependiente del Ministerio de Salud, comentó que por los testeos que realizan desde La Quiaca hasta Palma Sola se pueden diagnosticar muchos más casos de los que históricamente realizaban, por ello pudieron determinar que Jujuy, en ese sentido, está en una meseta.



“Alrededor de 300 pacientes nuevos al año, algo que nos ubica en una tasa de diagnóstico que supera la media nacional”. Por ello Román recordó que el ex ministro de Salud, Gustavo Bouhid, emitió en 2018 un alerta sanitario de cuatro patologías: VIH, sífilis, tuberculosis y consumo problemático de sustancias, que continúa en vigencia.

Al comentar sobre la franja etaria más afectada por esta enfermedad en Jujuy, el referente de la Unidad de VIH ministerial dijo que se encuentra entre los 32 y 33 años, algo similar a lo que se registra en Argentina. “Los que más se testean son los jóvenes de entre 25 y 35 años, que tienen una vida sexual mucho más activa que un adulto mayor. Pero no hay que descuidar los extremos: los adultos mayores y los adolescentes”, consideró.

Por otro lado, Román indicó que las regiones más afectadas en Jujuy son el gran San Salvador y barrio Alto Comedero. “Del porcentaje de pacientes notificados al programa, casi 50% corresponde al área del gran San Salvador. En segundo lugar, los tres departamentos más grandes: El Carmen, San Pedro y Ledesma. Luego, Palpalá. Y las infecciones de transmisión sexual se diagnostican y observan en los grandes conglomerados urbanos: San Salvador, San Pedro, Ledesma, Perico y Palpalá”.

Investigadoras del laboratorio de virología humana del Instituto de Biología Molecular y Celular de Rosario (IBR) publicaron recientemente sus resultados sobre la caracterización de los viromas presentes en cinco especies de murciélagos de Argentina.

En este [trabajo](#), las científicas realizaron los estudios con muestras de heces de individuos que habitan dos sitios geográficos urbanos de la provincia de Santa Fe y pudieron identificar treinta y cinco nuevos virus con genoma de ADN.



Tadarida brasiliensis

“Es el primer trabajo de metagenómica que se hace para conocer todos los virus presentes en estas especies”, afirmó Adriana Giri, directora del laboratorio de Virología Humana del IBR. Por su parte, Elisa Bolatti, investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y primera autora de la publicación destacó que: “El espíritu de nuestro trabajo es conservacionista, queremos recalcar la importancia de los murciélagos en el ecosistema y no estigmatizarlos más”.

Los murciélagos cumplen un rol ecológico fundamental como polinizadores y como controladores de la población de insectos, sin embargo, también actúan como reservorios de virus, muchos de los cuales pueden infectar a los humanos, como el SARS-CoV-2.

Según explicó Adriana Giri, esto ocurre porque “los murciélagos han evolucionado un sistema inmunológico formidable, que les permite controlar estas infecciones virales sin enfermar, pudiendo transportar y diseminar los virus”. Luego, “por la invasión del ser humano de las fronteras silvestres se ponen en contacto especies que naturalmente no tendrían interacción”, indicó Bolatti, y precisó: “Entonces, un murciélago puede estar en contacto con un huésped intermediario como son los animales domésticos o de cría y ahí se producen los eventos zoonóticos”.

“Para poder prevenir estos eventos primero debemos conocer qué virus portan los animales que están en contacto con los humanos”, declaró Giri. Por este motivo, para el estudio se eligió hacer muestreos de poblaciones de murciélagos que habitan dos locaciones urbanas. Una de ellas, de características únicas en Sudamérica, ubicada en el centro de la ciudad de Rosario, en el ático del edificio donde funciona la Facultad de Derecho.

Allí habita una colonia migratoria de más de 30.000 individuos que tapizan los techos y paredes del lugar. Son las hembras de la especie *Tadarida brasiliensis* que van allí a parir y amamantar a sus crías hasta que alcanzan cierta autonomía y luego parten.

El otro sitio de muestreo está ubicado en una ciudad de la periferia de Rosario, Zavalla; allí se encuentra el parque Villarino, donde se emplaza la Facultad de Agronomía y un instituto del CONICET. Cuatro especies de murciélagos habitan los árboles del parque y tienen un estilo de

vida residente, no migran. Bolatti explicó que para la recolección de las muestras se colocan grandes redes de niebla entre árbol y árbol y se espera a la noche, luego se baja la red y los murciélagos capturados se ponen en las bolsitas de algodón para la recolección de las heces. “Después se liberan, nunca se daña ningún animal y tratamos de molestarlos lo menos posible”, declaró Giri.



Eumops bonariensis

De las heces de los murciélagos se extrae ADN, que son las moléculas que permiten identificar los virus que estaban presentes en el animal. Las muestras de ácidos nucleicos fueron analizadas con técnicas de secuenciación de nueva generación (NGS). Las NGS son una herramienta ideal para el descubrimiento de virus, porque permiten la lectura de millones de fragmentos de ADN en forma masiva y paralela; luego, esas secuencias son analizadas con programas bioinformáticos que logran rearmar los genomas virales completos presentes en las muestras.

“Con el uso de esta metodología, en los últimos cinco años explotó la biodiversidad viral” afirmó Giri. Es interesante como el conocimiento de esta diversidad ha llevado a un cambio de paradigma donde “ya no solo se considera a los virus como patógenos, sino también como actores en los equilibrios ecológicos de un determinado microambiente”, señaló.

La mayor información lleva también a un reordenamiento de la taxonomía, donde se dilucidan nuevas relaciones evolutivas entre las familias virales, llegando en algunos casos a establecerse ancestros comunes.

Con este trabajo, se suman 35 nuevos integrantes al vasto universo de la biodiversidad viral que las investigadoras clasifican en seis familias diferentes. “Una de ellas tiene virus que son patogénicos para humanos, los parvovirus”, indicó Bolatti, aunque aclaró que no se puede afirmar que los virus encontrados tienen potencial zoonótico.

Un análisis comparativo de los viomas identificados muestra que los murciélagos de la colonia del centro de Rosario tienen muy poca diversidad viral en comparación con los que viven en el parque Villarino. “Pensamos que esta diferencia puede deberse a la dieta más variada que tienen los murciélagos del parque comparado con los del centro”, indicó Bolatti. Para probar esta hipótesis proyectan analizar los viomas presentes en individuos de la especie *Tadarida brasiliensis* que residen en distintos ambientes, comparando la población del centro de Rosario con otras de Santa Fe, Córdoba y Tucumán.

Según Giri, “estamos en pleno proceso constructivo, por eso, aportar nuevos virus al conocimiento y desde nuestra región es importante”. Por otra parte, remarcó el enfoque conservacionista de su grupo de trabajo: “Estamos hablando de biodiversidad, de ecología, de interacción entre distintos ecosistemas”. “El mundo se ha vuelto chico para el ser humano, imagínense para los otros seres vivos que tratan de hacer su vida y no perecer por nuestras acciones”, sentenció Giri y subrayó: “Debemos empezar a valorar y respetar a los demás organismos que conviven con nosotros en nuestro planeta; sin ellos no queda mucho tiempo para el ser humano. Hay que tomar conciencia de eso”.



TENDENCIA CRECIENTE EN LOS CASOS DE SÍFILIS Y SÍFILIS CONGÉNITA EN LA REGIÓN

05/07/2022

Ante una tendencia creciente en los casos de sífilis y sífilis congénita en la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo un llamamiento a los países y al personal de salud para que intensifiquen la lucha contra esta infección milenaria prevenible y curable que afecta a miles de personas cada año.

Se estima que 4,6 millones de personas tienen sífilis en la región, según la *Revisión epidemiológica de la sífilis en las Américas* lanzada en junio pasado por la OPS.

En 2020, los países informaron 29.147 casos de sífilis congénita, y las cifras preliminares reportadas a la OPS para 2021 indican más de 30.000 casos de esta infección transmitida de la madre al niño.



“El número de personas afectadas sigue siendo inaceptablemente alto para una enfermedad que ya no debería existir”, afirmó Marcos Antonio Espinal Fuentes, Subdirector interino de la OPS. “Debemos redoblar los esfuerzos como sociedad para cortar las cadenas de transmisión y que la sífilis deje de propagarse, tanto en las poblaciones vulnerables, como en embarazadas y recién nacidos. Existe tratamiento y su costo es accesible”.

La sífilis es una infección de transmisión sexual que puede causar afectaciones neurológicas, cardiovasculares y dermatológicas en los adultos. También puede transmitirse de la madre al niño durante el embarazo, algo que puede provocar aborto espontáneo, muerte fetal o poco después del nacimiento, prematuridad o discapacidades graves en los recién nacidos.

En 2016 los países del mundo se comprometieron en la Asamblea Mundial de la Salud a reducir los nuevos casos de sífilis en 90% entre 2018 y 2030, y los nuevos casos de sífilis congénita a menos de 50 cada 100.000 nacidos vivos. Actualmente, la incidencia de sífilis congénita en la región es de 200 cada 100.000, muy superior a la meta requerida para lograr su eliminación.

En 2017, la OPS lanzó el marco ETMI-PLUS para ayudar a los países a poner fin a la transmisión materno infantil de la sífilis, el VIH, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas, que integra los esfuerzos a la hora de diagnosticar y tratar a las embarazadas durante el control prenatal. Y en 2019 puso en marcha una iniciativa para eliminar más de 30 enfermedades infecciosas para 2030, incluidas la sífilis y la sífilis congénita.

“Debemos testear a todas las mujeres en la primera consulta antenatal, antes de la semana 20 y en el tercer trimestre del embarazo, y tratar en forma inmediata con penicilina a las positivas, así como a sus bebés, para evitar la transmisión. En caso de que no se haya hecho la prueba durante el embarazo, debe realizarse en el parto”, dijo Rodolfo Gómez Ponce de León, asesor regional en salud sexual y reproductiva de la OPS. “Para evitar la reinfección, también es necesario tratar a las parejas de la gestante”, agregó.

Aumentar la oferta de testeo es clave para controlar la enfermedad. La Revisión epidemiológica de la sífilis de OPS muestra que en América Latina solo a 59% de las embarazadas se les ofreció una prueba para detectar la sífilis en 2020. La OPS/OMS recomienda utilizar pruebas rápidas en el punto de atención, incluidas las que detectan VIH y sífilis al mismo tiempo para mejorar las oportunidades de diagnóstico y tratamiento, pero solo siete países de las Américas las utilizan actualmente.

Asimismo, los países deben poner en marcha estrategias de sensibilización y educación para la población y los trabajadores de la salud, y combatir el estigma y la discriminación que sufren las poblaciones más desproporcionadamente afectadas –como las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo con hombres–, ya que son barreras para el acceso a la prevención y la atención.

Con el fin de apoyar los esfuerzos de los países hacia la eliminación de la sífilis congénita, la OPS y su Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP) presentaron la semana pasada un curso virtual sobre esta enfermedad dirigido a trabajadores de salud del primer nivel de atención, que será lanzado en agosto.

Durante el encuentro virtual con profesionales de salud de toda la región, se validó también el Sistema de Información Perinatal (SIP) Plus para monitorear la eliminación de la sífilis congénita. El SIP fue creado por la OPS en 1983 y es utilizado para registrar la atención perinatal desde la primera visita hasta el alta de la madre y el recién nacido. Los datos recabados permiten asesor acciones para mejorar la calidad de la atención.

El Centro de Zoonosis de Leme (São Paulo) confirmó el 30 de junio la muerte de un hombre de 47 años a causa de la fiebre manchada brasileña, una enfermedad transmitida por garrapatas. Además, se investiga una segunda muerte.

Este fue el primer caso de fiebre manchada brasileña confirmado en el año en la ciudad. El último registro de defunción tuvo lugar en 2017.

La muerte de este año se registró el 30 de mayo. La identidad de la víctima, que trabajaba como ayudante de albañil, no ha sido revelada.

Un examen realizado por el Instituto 'Adolfo Lutz' confirmó el 21 de junio que la causa de la muerte fue la fiebre manchada brasileña.

Fallecidos

Según el coordinador del Núcleo de Zoonosis de Leme, José Ricardo Mattos Varzone, la víctima trabajaba en la construcción de un muro de carpintería en un área de preservación permanente, a orillas del arroyo Serelepe, en Jardim do Sol.

Otro albañil que también trabajaba en la obra murió el 20 de junio. Su nombre y edad no han sido revelados. El Núcleo de Zoonosis espera los resultados del examen del Instituto 'Adolfo Lutz'.

Según Varzone, el sitio de construcción no tiene residencias, solo algunos negocios.

“Ya trabajamos en orientar a los empleados de estas empresas, colocamos carteles, aislamos el área y hicimos mantenimiento de limpieza en los alrededores porque es un área de preservación permanente”, dijo.

Según Varzone, la compañera del ayudante de albañil no presentaba síntomas de enfermedad. La esposa del albañil, en cambio, presentó fiebre, acudió a atención médica y fue dada de alta.

Tras la publicación de este informe, el Centro de Vigilancia Epidemiológica (CVE) del Estado de São Paulo informó que no existe anormalidad epidemiológica en relación a la fiebre manchada brasileña en el territorio de São Paulo. En todo el año 2021 se registraron 35 casos y dos defunciones por fiebre manchada brasileña en el estado. Este año, hasta el mes de mayo, se registró un caso de la enfermedad.

El CVE también destacó, de acuerdo con las directrices del Sistema Único de Salud, que el trabajo de control de la enfermedad y la investigación de casos son responsabilidad de los municipios.

El Núcleo de Zoonosis realizó una reunión el 1 de julio para realizar acciones con las demás secretarías. “Vamos a trabajar en todo el largo del arroyo, unos 5 km. Vamos a poner señalización y guiar a la población con un vehículo con publicidad sonora”, dijo Varzone.

En 2022, hasta el 18 de junio, El Salvador acumuló 8.748 casos sospechosos de dengue, según el último boletín de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, que corresponde a la semana epidemiológica 24.

La cifra es la más alta de los últimos siete años. Solo en comparación con 2021 hay 6.727 casos sospechosos más, un aumento de 333%. Además, la cifra semanal de casos más elevada del año se registró en la semana epidemiológica 23, con 686 sospechosos.

“Ya habíamos advertido que, durante la temporada de lluvia, que generalmente termina entre septiembre y octubre –aunque por décadas hemos tenido temporadas irregulares y las lluvias se han extendido hasta enero–, la situación del dengue aumenta y eso no ha cambiado, pero yo no he visto ninguna campaña educativa”, señaló el infectólogo Jorge Alberto Panameño Pineda.

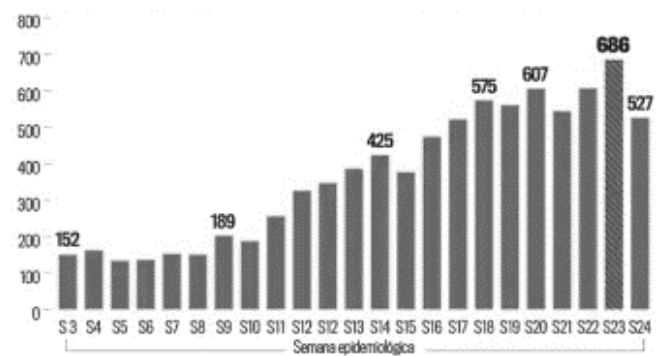
Las hospitalizaciones por dengue suman ya 1.044, es decir, 735 más que en 2021, lo que se traduce en un alza de 228%, de acuerdo con el boletín 24. De hecho, los médicos ya advirtieron que han comenzado a ver más casos graves de la enfermedad en los centros de salud.

“Estamos recibiendo cuadros de dengue, pero no clásico, sino de dengue grave”, advirtió el secretario general del Sindicato de Médicos Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (SIMETRISSS), Rafael Ernesto Aguirre Quintanilla. “Hemos tenido un alza: estamos atendiendo de tres a cuatro casos diarios. De estos, uno de cada cuatro necesita hospitalización. Desde hace un mes, más o menos, venido observando este incremento”, detalló.

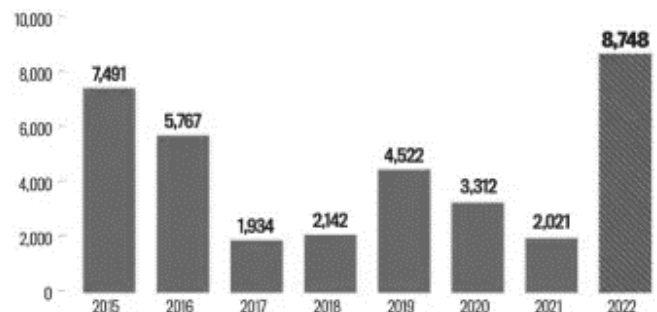
El secretario de Organización del Sindicato de Trabajadores de Salud (SITRASALUD), Luis Rodríguez Gamero, aseguró que si bien la estación lluviosa ha acelerado los casos sospechosos, que comenzaron a aumentar desde febrero, también la poca vigilancia epidemiológica por parte de las autoridades de la red pública de salud tiene su cuota en este brote.

“Esta es la época cuando se produce el aumento de casos de dengue, en la temporada lluviosa. Pasamos prácticamente tres semanas en un temporal y la humedad, y la cantidad de agua que se acumuló, generó un aumento en las poblaciones de mosquitos. Eso provocó que la gente enfermara de dengue, pero también la poca vigilancia que ejerce el Ministerio de Salud ha venido a ahondar esto”, indicó el médico de la red pública.

Sin embargo, Rodríguez también señaló que la ciudadanía debe contribuir en la prevención de la enfermedad. “No podemos dejar de decir que también la educación y la irresponsabili-



Casos sospechosos de dengue. El Salvador. Semanas epidemiológicas 3 a 24 de 2022. Fuente: Ministerio de Salud de El Salvador.



Casos sospechosos de dengue. El Salvador. Años 2015/2022, hasta semana epidemiológica 24. Fuente: Ministerio de Salud de El Salvador.

dad de la gente han contribuido, porque la gente no está consciente del dengue. La gente está pensando que cuando tiene fiebre o dolor de cuerpo tiene COVID-19 y en su hogar, la gente está acumulando materiales donde proliferan los mosquitos y no le da el tratamiento correcto”.

Según las cifras oficiales, hasta la semana epidemiológica 24 se estimó que, a nivel nacional, en ocho de cada 100 casas había criaderos de mosquitos, cuando lo ideal es que solo sean cuatro. Pero en el departamento de San Salvador la situación es más grave, pues en ese mismo periodo se reportaron 21 casas con criaderos de cada 100.

A pesar de los más de 8.700 casos sospechosos de dengue, Salud solo da cuenta de 50 casos confirmados, de los cuales 42 son con y sin signo de alarma y ocho de dengue grave. Pero detrás de esta cifra está un bajo testeo: en todo el año solo se han realizado 1.064 pruebas de laboratorio.

Un condado de Florida está en cuarentena debido al descubrimiento de una población de rápido crecimiento del invasivo caracol terrestre africano gigantes (*Lissachatina fulica*).

El Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor de Florida (FDACS) confirmó que había caracoles gigantes en el área de New Port Richey, condado de Pasco, el 23 de junio, [según el FDACS](#).



Los caracoles representan un riesgo para la salud de los humanos porque portan el parásito llamado gusano pulmonar de la rata (*Angiostrongylus cantonensis*), que puede causar meningitis, dijo Christina Chitty, directora de información pública de FDACS.

Pueden producir hasta 2.500 huevos al año, por lo que la población es difícil de controlar.

Según Chitty, la población de caracoles del condado de Pasco probablemente se originó a partir del comercio ilegal de mascotas. Los caracoles terrestres africanos gigantes son ilegales como mascotas en Estados Unidos. Pero algunos dueños de mascotas exóticas aún conservan esta plaga invasora. Si los propietarios los liberan en la naturaleza o los pierden accidentalmente, pueden establecerse rápidamente, alimentándose de más de 500 especies de plantas diferentes e incluso consumiendo la pintura y el estuco de las casas como fuente de calcio.

Chitty dijo que el departamento está investigando la población y determinando cuántos caracoles hay en el condado de Pasco. Los caracoles son nativos del este de África y pueden crecer hasta 20 centímetros de largo.

La cuarentena entró en vigencia el 25 de junio e impide que los residentes muevan el caracol o elementos relacionados, como plantas y tierra, dentro o fuera del área de cuarentena designada. Se recomienda a los residentes que crean haber visto un caracol terrestre africano gigante que llamen a la línea directa del FDACS y eviten tocar al animal sin guantes debido al riesgo de contraer meningitis.

Según Chitty, el FDACS planea pasar tres años erradicando la población en el condado de Pasco, usando el pesticida metaldehído para tratar el suelo.

“El objetivo es erradicar los caracoles. Es un proceso integral y extenso”, dijo Chitty.

Esta no es la primera vez que Florida se enfrenta a una invasión de caracoles gigantes. [En 2011, se descubrió una población de plagas en el condado de Miami-Dade](#). No fue hasta 2021 que la población fue erradicada por completo.

“Mientras que los caracoles en el condado de Miami-Dade tenían carne de color gris, los caracoles en el condado de Pasco tienen carne blanca”, dijo Chitty.

theguardian

AUSTRALIA

DOS CASOS DE DIFTERIA FARÍNGEA EN NEW SOUTH WALES, LOS PRIMEROS EN LO QUE VA DEL SIGLO

03/07/2022

Un niño pequeño se encuentra en cuidados intensivos y otro fue hospitalizado después de contraer difteria de garganta en New South Wales, los primeros en lo que va de este siglo.

La Unidad de Salud Pública de North Coast confirmó el caso en un niño de dos años en Northern New South Wales el 2 de junio. Un día después se confirmó que un niño de seis años descrito como un “contacto familiar cercano” también tenía la infección.

Ninguno de los niños estaba vacunado contra la difteria, y sus familiares y otros contactos cercanos recibieron profilaxis post exposición para reducir el riesgo de transmisión. Esta profilaxis puede incluir antibióticos e inmunización.

El niño más pequeño está en una unidad de cuidados intensivos en un hospital de Queensland y ha recibido antitoxina diftérica, antibióticos y soporte respiratorio.

El niño mayor está siendo atendido en un hospital de Northern New South Wales, donde fue admitido como medida de precaución.

No existe riesgo para la comunidad en general, pero las familias deben estar alertas y revisar el estado de vacunación de sus hijos, dijo el director de Salud Pública de North Coast, Paul Douglas.

“La difteria es muy rara en Australia debido a nuestro programa de inmunización infantil de larga data. Sin embargo, la enfermedad tiene resultados muy graves y puede ser fatal”, dijo.

“La vacuna contra la difteria es gratuita y está fácilmente disponible con su médico de cabecera para todos a partir de las seis semanas de edad”.

No se han informado otros casos de difteria faríngea en New South Wales este siglo, pero se han informado casos menos graves en raras ocasiones. Han implicado principalmente infecciones de la piel.

La difteria era una causa común de muerte en niños hasta la década de 1940, pero ahora ocurre principalmente en países con bajos niveles de inmunización, según Salud de New South Wales.

La infección se propaga al toser y estornudar, y también puede propagarse por contacto con superficies contaminadas.

Los humanos son el único reservorio de *Corynebacterium diphtheriae*, la causa de la difteria. La transmisión de *C. diphtheriae* puede ocurrir a través de gotitas respiratorias, contacto directo con infecciones cutáneas y artículos contaminados con secreciones del tracto respiratorio o lesiones en la piel. Viajar a un área endémica es un factor de riesgo para la adquisición de *C.*

diphtheriae. *Corynebacterium ulcerans* y *Corynebacterium pseudotuberculosis* causan infección zoonótica en humanos, y el contacto con un animal de compañía también es un factor de riesgo para la adquisición de *C. ulcerans*.

La difteria es una enfermedad potencialmente mortal causada por cepas toxigénicas de *C. diphtheriae*, *C. ulcerans*, o *C. pseudotuberculosis*, bacilos aerobios Gram positivos que pueden causar difteria de las vías respiratorias o cutánea. La producción de toxinas ocurre solo cuando los bacilos están infectados por un bacteriófago específico que porta el gen que codifica la toxina.

La toxina diftérica inhibe la síntesis de proteínas celulares, que es responsable, en la difteria respiratoria, de la destrucción de tejidos y la formación de una membrana gruesa en el tracto respiratorio, que puede obstruir las vías respiratorias. La toxina diftérica también es responsable de otras complicaciones importantes de la difteria: miocarditis, polineuropatía (por ejemplo, parálisis del velo del paladar, músculos oculares, extremidades y diafragma) y daño renal.

La difteria se puede prevenir con una vacuna de toxoide diftérico, que está disponible en combinación con el toxoide tetánico, tanto en dosis completas (indicadas con las letras mayúsculas DT) en formulaciones pediátricas como en dosis reducidas combinadas con una dosis completa de toxoide tetánico (indicado por T mayúscula y d minúscula, Td) en formulaciones para adultos. Estos se combinan con antígenos de tos convulsa acelulares o de células enteras en formulaciones pediátricas de potencia completa (DTaP, DTwP) o en potencia reducida en las formulaciones para adolescentes/adultos (Tdap).

Las cepas no productoras de toxinas pueden causar faringitis leve a moderada. Aunque las cepas toxigénicas o no toxigénicas pueden causar difteria cutánea, las manifestaciones cardíacas o neurológicas tóxicas son poco comunes en la difteria cutánea, incluso cuando son causadas por cepas toxigénicas. La adquisición de *C. diphtheriae* puede ocurrir incluso en contactos vacunados, ya que la inmunidad inducida por la vacuna es anti-toxina.

Aunque la difteria ahora es rara en Australia, en la primera mitad del siglo XX, en el apogeo de la epidemia de 1921, hubo 23.199 notificaciones (tasa de notificación anual de 426 casos cada 100.000 habitantes) y, en la década entre 1926 y 1935, hubo 4.043 muertes por difteria.

En Australia, se recomienda y financia a nivel nacional una serie de vacunas DTP de cinco dosis desde 1975. Actualmente, la DTaP se administra a los 2, 4, 6 y 18 meses y 4 años de edad. En 2021, más de 90% de los niños australianos menores de 6 años estaban completamente inmunizados contra la difteria.

La difteria respiratoria se trata con antitoxina diftérica y antibióticos. Se recomienda la vacuna Td para los contactos cercanos del paciente (es decir, aquellos que pueden haber estado expuestos a secreciones respiratorias o que son contactos domésticos cercanos) si no se ha administrado Td en los últimos cinco años. A estos contactos se les deben tomar muestras nasales y faríngeas para cultivo y también se les debe administrar profilaxis antibiótica.

El 27 de junio, el Centro de Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de la Región Administrativa Especial de Hong Kong, está monitoreando de cerca un caso humano de influenza aviar A(H5N6) en China continental, y nuevamente instó a la población a mantener una estricta higiene personal, alimentaria y ambiental tanto localmente como durante los viajes.

Se trata de un hombre de 58 años de edad, oriundo de la ciudad de Ganzhou, provincia de Jiangxi, que relató exposición en un mercado de aves de corral vivas. Desarrolló síntomas el 2 de junio y fue hospitalizado para su tratamiento el 5 de junio. Se encuentra actualmente en condición crítica.

Desde 2014 hasta la fecha, las autoridades sanitarias de China continental han reportado 79 casos humanos de influenza A(H5N6).

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

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

Los viajeros que regresen de las áreas afectadas deben consultar a un médico de inmediato si se presentan síntomas e informar de su historial de viajes para un diagnóstico y tratamiento oportunos de posibles enfermedades. Es fundamental informar al médico si han estado en contacto con aves de corral vivas durante el viaje, lo que puede implicar una posible exposición a ambientes contaminados. Esto permitirá al médico evaluar la posibilidad de influenza aviar y organizar las investigaciones necesarias y el tratamiento apropiado de manera oportuna.

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

Según los informes recibidos por la Organización Mundial de Sanidad Animal (WOAH), se siguen detectando varios subtipos de influenza A(H5) en aves de África, Europa y Asia.

Cada vez que los virus de la influenza aviar circulan en las aves de corral, existe el riesgo de infecciones esporádicas y pequeños clústeres de casos humanos debido a la exposición a aves de corral infectadas o ambientes contaminados. Por lo tanto, los casos humanos esporádicos no son inesperados. Debe continuarse la vigilancia intensiva para detectar casos y cambios tempranos en la transmisibilidad e infectividad de estos virus, ya que la frecuencia de casos parece estar aumentando.

Un anciano que sufrió una mordedura de su perro y estaba recibiendo tratamiento en el Hospital Universitario Gubernamental de Thrissur murió el 30 de junio a raíz de una infección de rabia.

El hombre de 60 años era nativo de Kaipamangalam, en Thrissur, estado de Kerala. Sufrió una mordedura de su perro hace unos tres meses. El animal había sido adoptado de la calle y no había recibido la vacuna antirrábica.

A pesar de sufrir la mordedura del perro, el hombre no consultó a un médico ni se vacunó. Después de algunos días del incidente, el perro murió y él comenzó a mostrar síntomas de incomodidad al beber agua. Luego fue llevado al Hospital General de Irinjalakuda y finalmente fue trasladado al Hospital Universitario.

Tras un examen de laboratorio, se descubrió que tenía una infección de rabia. Su condición empeoró hasta que falleció el 30 de junio.

Otra muerte en Mankara

Una estudiante universitaria de 18 años que vivía en el área de Mankara del distrito de Palakkad, también en Kerala, falleció el 30 de junio, un mes después de que un perro la mordiera y estuviera siendo tratada por rabia. La joven fue mordida por un perro el 30 de mayo, cuando se dirigía a la universidad.

Habiendo recibido una vacuna antirrábica, no mostró ningún síntoma inicialmente. Comenzó a mostrar síntomas más tarde, después de lo cual la llevaron por primera vez a un hospital privado en Mankara. Más tarde fue admitida en el Hospital Universitario con fiebre alta hace dos días. Presentaba todos los síntomas de rabia y comenzó su tratamiento. Sin embargo, falleció el 30 de junio.

Según los informes, el perro incluso había mordido a su dueño el 29 de mayo y un día después mordió a la joven. La condición del propietario es estable.

En octubre del año pasado, la muerte de un niño de 7 años del distrito de Kasargod llevó a exigir un estudio sobre las muertes por rabia, especialmente entre las personas que habían sido vacunadas. El niño de 7 años del caso había tomado la primera dosis de la vacuna contra la rabia después de que un perro callejero lo mordiera, pero falleció tres semanas después.

La rabia casi siempre es fatal, pero se puede prevenir con vacunas. Es materia de investigación saber por qué la joven murió de rabia a pesar de estar vacunada tras ser mordida por un perro rabioso. Si sufrió un contacto de categoría III con el perro rabioso, que se define como mordeduras o rasguños transdérmicos únicos o múltiples, contaminación de la membrana mucosa con saliva de lamidas, lamidas en piel lesionada o exposición a murciélagos, se le debería haber administrado inmunoglobulina antirrábica (IGR) además de la vacuna antirrábica.

La IGR debe infiltrarse alrededor de la herida tanto como sea anatómicamente posible. El IGR restante debe inyectarse en un sitio intramuscular distante del lugar de inoculación de la vacuna. Las cantidades/volumen recomendadas de IGR humana son 20 UI/kg y 40 UI/kg para IGR equina.

Dos personas murieron a causa de infecciones por *Naegleria fowleri*, comúnmente conocida como la “ameba come-cerebros”, en dos hospitales privados diferentes de la ciudad de Karachi: un hombre de 59 años, residente de Kiamari, y otro de 38 años, de Banaras.

Fueron llevados a hospitales privados hace unos días, donde fallecieron durante el tratamiento. Un total de cuatro personas murieron hasta ahora en Karachi. El Director de Salud de la ciudad, Dr. Hamid Jumani, informó que *N. fowleri* es una ameba de vida libre que ingresa por la nariz de una persona y comienza a afectar el tejido cerebral.

Esta ameba ama el agua tibia y puede sobrevivir en temperaturas de hasta 46°C. Los cuerpos de agua dulce como estanques, lagos, piscinas, así como tanques subterráneos y aéreos son los puntos más comunes.

La mayoría de los casos de meningoencefalitis amebiana primaria se notifican en el verano y antes de la temporada del monzón. La emergencia de *Naegleria fowleri* en Pakistán está desviando la atención de los científicos hacia el cambio climático. La extensión de los veranos y las condiciones húmedas prolongadas debido al cambio climático brindan un entorno ideal para que las amebas prosperen en los cuerpos de agua.

De todos los casos informados de meningoencefalitis amebiana primaria en Pakistán, todos fueron musulmanes y solo dos personas tenían antecedentes de actividad acuática recreativa. Por tanto, se puede inferir que *N. fowleri* existe en el suministro de agua doméstico de Karachi y que la infección se debe en gran parte a la ablución, lo cual es inesperado porque el agua normalmente es salina en la ciudad de Karachi y las amebas no pueden sobrevivir en agua salada. Este hallazgo sugiere que la cepa de *N. fowleri* presente en Pakistán ha desarrollado resistencia a ambientes salinos o que es diferente de las cepas reportadas en el resto del mundo.

Entre el 23 de abril y el 3 de julio de 2022, se notificó un total de cinco casos de enfermedad por el virus del Ébola (cuatro confirmados y uno probable), todos fatales, en tres áreas sanitarias de la provincia de Équateur. Todas las áreas sanitarias están en la ciudad de Mbandaka; el área sanitaria de Mama Balako en la zona sanitaria de Wangata, y las áreas sanitarias de Libiki y Motema Pembe en la zona sanitaria de Mbandaka.

El Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo declaró el brote el 23 de abril tras la confirmación del virus del Ébola en un hombre de 31 años (el caso índice) de Mbandaka, que había desarrollado síntomas como fiebre y dolor de cabeza, y murió el 21 de abril.

El 21 de abril, una muestra de sangre del caso índice, tomada por el laboratorio provincial de Mbandaka, dio positivo para el virus del Ébola mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR); un hisopado oral analizado el 22 de abril también dio positivo para el virus del Ébola mediante RT-PCR. Para la confirmación, se envió una muestra de sangre y un hisopado oral al laboratorio de referencia, el Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB) en Kinshasa, los que dieron positivo para el virus del Ébola mediante RT-PCR.

Cuatro casos secundarios, con vínculos epidemiológicos con el caso índice, se notificaron entre el 25 de abril y el 19 de mayo de 2022. El último caso confirmado se notificó el 19 de mayo. De los cinco casos reportados, cuatro eran hombres y una mujer, que tenían entre 9 y 48 años.

Se identificó un total de 1.076 contactos en torno a los cinco casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) y se les dio seguimiento durante 21 días.

Del 23 de abril al 2 de julio de 2022, se notificaron un total de 12.476 alertas en ocho zonas sanitarias, incluidas 11.519 de la ciudad de Mbandaka (zonas sanitarias de Mbandaka, Wangata y Bolenge), de las cuales 12.214 (98%) se investigaron y 1.097 (9%) fueron validados como casos sospechosos de EVE.

El 4 de julio de 2022, el Ministerio de Salud declaró el fin del brote, 42 días (el doble del período máximo de incubación) después del entierro del último caso confirmado que falleció en la comunidad.

Respuesta de salud pública

- **Respuesta general:** El Ministerio de Salud, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros socios, iniciaron medidas de respuesta para controlar el brote y evitar una mayor propagación. El Ministerio de Salud activó los comités de gestión de emergencias nacionales y distritales para coordinar la respuesta. Se desplegaron equipos multidisciplinarios en el campo para buscar activamente y brindar atención a los casos; identificar, contactar y dar seguimiento a los contactos; y sensibilizar a las comunidades sobre las intervenciones de prevención y control de brotes.
- **Puntos de entrada:** Al 2 de julio, un total de 647.874 viajeros se registraron en 16 puntos de entrada y puntos de control, de los cuales 606.090 aceptaron someterse a pruebas de EVE.

Entre los que fueron tamizados, se notificaron 279 alertas, de las cuales 262 fueron investigadas en menos de 24 horas. De las 262 alertas investigadas, 134 fueron validadas como casos sospechosos. Estos 134 casos sospechosos se analizaron posteriormente y ninguno dio positivo para EVE.

- **Vacunación:** Las vacunas Ervebo con licencia y los dispositivos de inyección correspondientes se pusieron a disposición a través de dos solicitudes presentadas y aprobadas por el [Grupo de Coordinación Internacional \(ICG\)](#) para el suministro de vacunas. Las actividades de vacunación en anillo comenzaron el 27 de abril dirigidas a contactos, contactos de contactos y trabajadores de primera línea. Al 3 de julio, 2.104 personas de las zonas sanitarias afectadas han sido vacunadas contra la EVE, de las cuales 1.307 son trabajadores sanitarios de primera línea.
- **Laboratorio:** Se han analizado un total de 999 muestras para detectar EVE desde el inicio del brote, incluidas cinco muestras positivas recolectadas de cuatro casos. Desde el 15 de abril de 2022, se pusieron a disposición de la República Democrática del Congo 2.000 cartuchos Gene Xpert a través de la reserva mundial de Ebola Xpert. Un total de 835 cartuchos permanecen en stock en todo el país, con 527 disponibles en el laboratorio de la ciudad de Mbandaka.
- **Prevención y control de infecciones:** Se implementaron intervenciones de prevención y control de infecciones (PCI) en los establecimientos de salud y en la comunidad para detener la propagación de la enfermedad. Se identificó un total de 70 establecimientos de atención médica prioritarios para evaluación y supervisión para mejorar las medidas de PCI y se descontaminaron docenas de sitios comunitarios como escuelas, iglesias y casas. Se informó a más de 3.000 trabajadores de la salud sobre las medidas de PCI y se establecieron 60 centros de triaje.
- **Gestión clínica:** Para la gestión de casos, se rehabilitó un centro de tratamiento del Ébola (CTE) y se construyeron siete centros de tránsito, instalaciones con capacidad para aislar y atender casos sospechosos de EVE antes de la derivación a un CTE si se confirmaba como caso, para el manejo de casos sospechosos y casos confirmados de EVE. Se pusieron a disposición anticuerpos monoclonales específicos contra la EVE para tratar los casos confirmados en Mbandaka. Además, se desarrollaron y difundieron [pautas de atención estándar](#) para mejorar la atención en las áreas afectadas.
- **Apoyo a las operaciones y logística:** Aunque existe la necesidad de fortalecer aún más los recursos humanos para las operaciones de apoyo y logística (OAL) en la República Democrática del Congo, el equipo del país respondió rápidamente al brote enviando un avión de carga desde Goma a Mbandaka con suministros para la EVE y equipos de cadena de ultrafrío durante el inicio del brote. Además, el equipo inició la adquisición de kits de PCI y participó activamente en la rehabilitación del Centro de Operaciones de Emergencia y el CTE, y en la construcción de centros de tránsito. La OMS desplegó especialistas en logística para apoyar las operaciones de respuesta.

El equipo de OAL en el país organizó la destrucción de los cartuchos GeneXpert usados mediante la rehabilitación del incinerador de alta temperatura único en la provincia de Équateur. Para ejecutar la operación, se implementó el Sistema de Gestión de Flotas estándar de la OMS, incluido un Sistema de Seguimiento de Vehículos en vehículos alquilados.

- **Actividades clave adicionales:** Se llevaron a cabo otras actividades sobre el terreno, incluido el apoyo psicosocial y las acciones de comunicación de riesgos y participación comunitaria para impulsar las actividades de rastreo de contactos y vacunación.

La respuesta ha enfrentado desafíos debido a las acciones de huelga de los trabajadores de salud locales y la baja adherencia de algunos miembros de la comunidad a las medidas de salud pública. A pesar de estos desafíos, las herramientas de respuesta de salud pública, incluidas la vacunación implementada en la etapa inicial del brote por el gobierno con la aprobación del ICG y el apoyo de la OMS y los socios, pueden haber ayudado a controlar el brote. Resolver la huelga y mejorar la adherencia de la comunidad a las medidas de salud pública sigue siendo fundamental y debe llevarse a cabo. Los esfuerzos deben dirigirse a aprender de esta respuesta para mejorar la respuesta a futuros brotes de EVE.

Evaluación de riesgos de la OMS

El brote actual de EVE en la República Democrática del Congo se declara terminado, sin nuevos casos informados durante 42 días después del entierro del último caso confirmado. Este brote de EVE fue el tercero en cuatro años en la provincia de Équateur.

La OMS señaló que el resurgimiento actual no es inesperado dado que el virus del Ébola es enzoótico, presente en algunas poblaciones animales del país y de la región. Esto significa que no se puede excluir el riesgo de reaparición a través de la exposición a un huésped animal o de virus persistentes en ciertos fluidos corporales de los sobrevivientes.

El resurgimiento de la EVE es un importante problema de salud pública en la República Democrática del Congo y aún existen lagunas en la capacidad del país para recuperarse, prepararse y responder a los brotes. Una confluencia de factores ambientales y socioeconómicos, incluida la pobreza, la desconfianza de la comunidad, los sistemas de salud débiles y la inestabilidad política en algunas áreas específicas, como las provincias de Nord-Kivu y Équateur, pueden afectar la detección y el control oportunos de futuros brotes de EVE. Además, la detección de brotes en los últimos años en la República Democrática del Congo también puede explicarse por el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia y detección después de brotes sucesivos y la ampliación de la estrategia de Vigilancia y Respuesta Integradas de Enfermedades.

La OMS considera que los desafíos actuales en términos de acceso y seguridad, la vigilancia epidemiológica, junto con la emergencia de la COVID-19, así como los brotes en curso, como los de cólera y sarampión, podrían poner en peligro la capacidad del país para detectar y responder rápidamente a un nuevo brote.

Consejo de la OMS

La OMS recomienda las siguientes medidas de reducción de riesgos como una forma eficaz de reducir la transmisión del EVE en humanos:

- Para reducir el riesgo de transmisión de animales silvestres a humanos por el contacto con murciélagos frugívoros infectados o primates no humanos y el consumo de su carne cruda, los animales deben manipularse con guantes y otra ropa protectora adecuada. Los productos animales (sangre y carne) deben cocerse completamente antes de su consumo.
- Para reducir el riesgo de transmisión de persona a persona en entornos comunitarios, se debe fomentar la higiene regular de las manos en las comunidades, incluida la higiene de las manos después de visitar a los pacientes en el hospital o después de tocar o entrar en contacto con cualquier fluido corporal.
- Para reducir el riesgo de una posible transmisión del virus persistente en algunos fluidos corporales de los sobrevivientes a la EVE, la OMS recomienda brindar atención médica,

apoyo psicológico y pruebas biológicas (hasta dos pruebas negativas consecutivas) a través de un programa de atención a los sobrevivientes. La OMS no recomienda el aislamiento de convalecientes masculinos o femeninos cuya sangre haya resultado negativa para el virus del Ébola.

- Para reducir el riesgo de transmisión de persona a persona y la amplificación de brotes durante la atención de la salud, se deben seguir apoyando y fortaleciendo las prácticas de PCI en los establecimientos de salud, lo que incluye:
 - Capacitación continua de los trabajadores de la salud para la detección temprana, el aislamiento y el tratamiento de casos de EVE, así como el reentrenamiento en entierros seguros y dignos y el enfoque de PCI en anillo.
 - Garantizar la disponibilidad de suministros de PCI y equipo de protección personal (EPP) para el manejo de pacientes y descontaminar el entorno de atención médica (y los entornos comunitarios de acuerdo con el enfoque de PCI en anillo).
 - Realizar evaluaciones de los establecimientos de salud para el cumplimiento de las medidas de PCI en preparación para el manejo de pacientes con EVE [esto incluye agua, saneamiento e higiene (WASH), gestión de desechos de suministros de EPP, capacidad de triaje/detección, etc.] y seguimiento de los planes de acción para el fortalecimiento continuo y mejora de la PCI en los establecimientos de salud.
- Comprometerse con las comunidades para reforzar las prácticas de entierro seguras y dignas cuando se confirma un brote de EVE.
- Tener una estrategia de salida logística clara al final de cada brote que permita una respuesta rápida durante el próximo.
- Desarrollar y mantener capacidades de apoyo logístico en áreas o países en riesgo. Es esencial desarrollar la capacidad de los logísticos nacionales.
- Mantener y mantener una capacidad de ultra cadena de frío (UCF), lista para usarse en áreas de riesgo. Debe evitarse el traslado de la UCF de un lugar a otro debido al alto riesgo de daños durante el transporte.
- Preposicionar suministros para la EVE (EPP, kits PCI) en áreas de riesgo.

Sobre la base de la evaluación de riesgos actual y la evidencia previa sobre brotes de EVE, la OMS desaconseja cualquier restricción de viajes y comercio a la República Democrática del Congo.

GeoSentinel, el programa de vigilancia global de la Sociedad Internacional de Medicina del Viajero, destacó cinco casos de infección reciente por el virus del Zika en viajeros que regresaron de Tailandia.

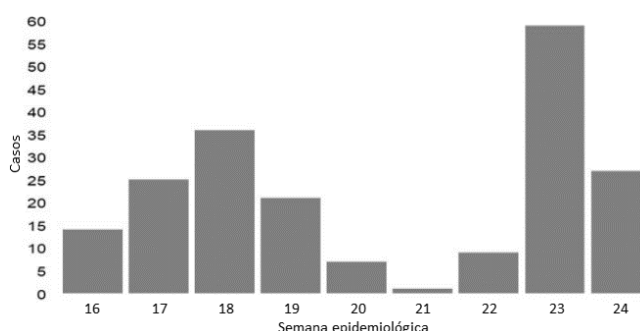
Se trató de tres mujeres y dos hombres, con una mediana de edad de 30 años (rango 28-70 años). Todos eran turistas que habían viajado a Tailandia durante una mediana de 15 días (rango 7-29) entre el 16 de marzo y el 2 de junio de 2022. Los síntomas comenzaron una mediana de ocho días (rango 6-21 días) después de la llegada a Tailandia. Las áreas visitadas fueron Phuket, Isla Phi Phi, Koh Samui, Khao Lak, Bangkok y Chang Mai.

Todos los casos se presentaron en una clínica posterior al viaje (Reino Unido, Israel, Alemania) dentro de una mediana de siete días desde el inicio de los síntomas (rango 2-22). La mayoría de los viajeros (4/5) informaron fiebre y todos informaron una erupción maculopapular. El diagnóstico de infección por el virus Zika se realizó con base en la detección de ARN del virus en suero (dos casos), orina (un caso) y seroconversión documentada (un caso). Otro caso probable fue diagnosticado en la pareja de un caso confirmado basado en IgM positiva para virus Zika en el día 4 de la enfermedad y un historial clínico y de viaje compatible. La reacción en cadena de la polimerasa y la serología para dengue fueron negativas en este paciente, y se negaron a regresar para la serología de convaleciente. En particular, cuatro de los cinco viajeros estaban en edad fértil, aunque ninguna mujer estaba embarazada o tratando de concebir.

Con la relajación de las restricciones de la COVID-19, los viajes a Tailandia han aumentado notablemente, volviendo a las frecuencias prepandémicas. Se sabe que el virus Zika es endémico en toda Tailandia. Sin embargo, según el programa nacional de vigilancia, las infecciones por este virus han disminuido en los últimos años en el país; solo se han informado 12 casos al Ministerio de Salud de Tailandia entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2022. Estas infecciones por virus Zika en viajeros que regresan indican una transmisión continua del virus en áreas turísticas populares de este país. Dado que se cree que solo de 20% a 50% de las infecciones por el virus Zika son sintomáticas, es probable que haya habido muchas más infecciones, tanto en viajeros como en la población tailandesa. La infección por el virus Zika se debe considerar en el diagnóstico diferencial en viajeros que regresan con fiebre o erupción cutánea y el riesgo potencial de infección y las medidas de prevención se deben analizar durante las consultas previas al viaje. Las medidas de prevención incluyen la prevención de picaduras durante el día, cuando el mosquito vector está activo, y una discusión sobre la anti-concepción de barrera para mujeres en edad fértil y sus parejas.

Esta noticia tiene un mensaje preocupante: aunque puede que no haya brotes evidentes de infección por el virus Zika en destinos turísticos donde ha ocurrido en el pasado, este virus no debe ignorarse. Esto incluye no solo a Tailandia, sino a todas las áreas tropicales del mundo. Los viajeros deben saber que, aunque el riesgo de infección por el virus Zika es pequeño, no es cero. Las mujeres embarazadas y sus parejas deben ser especialmente conscientes del riesgo de transmisión sexual o por mosquitos del virus con el consiguiente aborto espontáneo o efectos teratogénicos en el feto. Dado que no existe una vacuna comercialmente disponible, la única medida preventiva es evitar las picaduras de mosquitos vectores y la actividad sexual si uno de los miembros de la pareja está febril.

El 25 de abril de 2022, el Ministerio de Salud de la República Unida de Tanzania notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de cólera en las regiones de Kigoma y Katavi, que afectó a los distritos de Uvinza y Tanganyika, respectivamente. Hasta el 22 de junio de 2022, se ha notificado un total de 331 casos con seis muertes (tasa de letalidad de 1,8%) en las dos regiones, 126 en Kigoma y 205 en Katavi. El brote se declaró terminado en la región de Kigoma el 6 de junio, pero todavía está activo en la región de Katavi.



Casos notificados de cólera, según semana epidemiológica. Región de Katavi, Tanzania. Semanas epidemiológicas 16 a 24 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud (n=205).

Desde su primera detección en el distrito de Lago Tanganyika, región de Katavi, el 18 de abril de 2022, el brote continúa desarrollándose con 27 casos nuevos, incluida una muerte reportada durante la semana epidemiológica 24 de 2022. Esto marca una disminución de 54% luego de un pico de 59 casos, incluidas dos muertes notificadas durante la semana anterior. Hasta el 22 de junio de 2022, se ha notificado un total acumulado de 205 casos con seis muertes (tasa de letalidad de 2,9%) en la región de Katavi. De 78 muestras cultivadas, 40 resultaron positivas para *Vibrio cholerae*. El grupo de edad de 21 a 30 años comprendió la mayoría de los casos notificados (24,7%).

El brote actual en la región de Katavi se relacionó con el brote que se produjo en la región contigua de Kigoma entre el 14 de abril y el 6 de junio de 2022. En la región de Katavi, el brote se limita al distrito de Tanganyika y afectó a tres distritos: Karema, Ikola, y Kapalemsenga. Kapalemsenga se encuentra en el epicentro del brote y constituye 47,5% (97 casos) del total notificado en la región. La investigación del brote reveló un grupo de casos entre niños de escuela primaria en el distrito de Kapalemsenga. Es probable que no se notifiquen los casos dados las actividades de vigilancia y respuesta subóptimas reportadas en las áreas afectadas.

Acciones de salud pública

- Se ha activado un mecanismo nacional de coordinación de emergencias dirigido por el Ministerio de Salud con la participación de la OMS y sus socios para responder al brote.
- Se está planificando el despliegue de un equipo de respuesta rápida multidisciplinario y multisectorial a nivel nacional para seguir investigando y apoyando las actividades de respuesta sobre el terreno en las zonas afectadas.
- Se compiló una lista de suministros médicos esenciales y logística para responder al brote en las áreas afectadas para una rápida movilización de los recursos necesarios para facilitar la adquisición urgente.
- Se finalizó una actualización del plan distrital de respuesta al cólera para abordar las brechas actuales después de un proceso de revisión que involucró a las partes interesadas multisectoriales.
- La capacitación de trabajadores de la salud para mejorar la capacidad de manejo de casos de cólera está en curso en el distrito afectado.

- Se están implementando actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria que incluyen reuniones con líderes locales y partes interesadas de la comunidad para mejorar las medidas preventivas, incluidas mejores prácticas de saneamiento e higiene.
- El equipo de vigilancia del distrito local continúa investigando y reportando nuevos casos o clústeres de casos, incluido un clúster que involucra a estudiantes de una escuela primaria en el distrito de Kapalemsenga.

Interpretación de la situación

El cólera es endémico en Tanzania y el brote actual se concentra en áreas densamente pobladas, ubicadas a lo largo de las orillas del lago Tanganyika, donde prevalecen prácticas de saneamiento deficientes, como la defecación al aire libre, y se alimentan del acceso limitado a agua limpia, saneamiento e higiene. Una tasa de letalidad de 2,9% en la región de Katavi, por encima del umbral de 1% para el cólera, es preocupante en medio de informes de actividades de vigilancia y respuesta subóptimas en el área. Las autoridades nacionales y los socios deben actuar con rapidez, como en el caso de la región de Kigoma, para evitar una mayor propagación de la infección y las muertes asociadas con el brote de cólera. La inversión sostenible en agua limpia, saneamiento e higiene es fundamental para reducir la incidencia del cólera en la región y prevenir brotes recurrentes de la enfermedad.

Nunca se ha hablado tanto de vacunas como en estos últimos tiempos. Nada raro si se tiene cuenta que la inmunización ha sido, durante los más de dos años de pandemia de COVID-19, la única esperanza de terminar con el virus. Sin embargo, cuando lo urgente lleva a desatender lo importante, los más vulnerables son los que más expuestos quedan. En 2020, más de 23 millones de niños no recibieron las vacunas esenciales, lo que supone un aumento de 3,7 millones con respecto a 2019, según el último [informe de la oficina en España del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia \(UNICEF\)](#) y la plataforma [Political Watch](#). El estudio recuerda que en los países pobres se han paralizado diversas campañas de inmunización por culpa de la COVID-19 y denuncia que, en los últimos años, la salud de los niños no ha sido una prioridad para la Cooperación Española.



Un niño recibe la vacuna contra el sarampión en una campaña de vacunación del UNICEF en Impfondo, República Democrática del Congo.

El informe, que analiza los datos en 20 países (13 desarrollados, entre ellos España, y siete en desarrollo) entre 2006 y 2020, evidencia que la pandemia ha impactado directamente en los sistemas sanitarios de todo el mundo, poniendo en riesgo las mejoras de las últimas décadas. Por primera vez en 30 años, por ejemplo, han disminuido las tasas de vacunación sistemática de la infancia, dejando a los niños vulnerables más expuestos a enfermedades prevenibles con vacunas, pero que resultan mortales sin sistemas de salud que puedan vacunar, prevenir, diagnosticar y tratar. La cuestión del sarampión es significativa: a escala mundial, los casos aumentaron 79% en 2022 con respecto a 2021.

Aparte de analizar el impacto de la pandemia en la intersección entre salud e infancia, el estudio valora el aporte de España a la salud global, ahora que el sistema de Cooperación Española se encuentra en una fase de reforma, centrada en el impulso de una nueva ley de cooperación a nivel estatal. “La salud global, y en concreto la salud global de la infancia, a pesar de los esfuerzos desplegados, no han sido una prioridad para la Cooperación Española durante los últimos años”, aseguró Javier Pérez González, director de Political Watch.

Del total de Ayuda Oficial al Desarrollo desembolsada en salud, solo 13% se destinó a salud infantil entre 2016 y 2020. De hecho, las aportaciones anuales de España al sector de la salud prácticamente no cambiaron desde 2016 (65 millones de euros), con un pico en 2020 de 111 millones. Por ello, el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, Salud y Bienestar, ocupa la sexta posición, en comparación con los otros objetivos de desarrollo sostenible, entre los totales de los últimos cinco años.

En este sentido, José María Vera Villacián, director ejecutivo de la oficina en España del UNICEF, afirmó: “Es prioritario que la Cooperación española preste más atención a la salud de la infancia. Hoy más vulnerable en el entorno pospandémico, marcado por la crisis climática, los conflictos y la crisis económica”. Según el informe, en España es difícil valorar los resulta-

dos de las intervenciones de cooperación en salud infantil, ya que no hay una clasificación adecuada que permita hacerlo de manera sistemática. A ello se suma la necesidad de garantizar las evaluaciones que necesitan las estrategias de cooperación: el estudio recuerda que la [Estrategia de Infancia de la Cooperación Española](#), publicada en 2015, aún no ha sido objeto de ninguna evaluación.

Las recomendaciones del UNICEF: “Priorizar, invertir y medir impacto”

Por todo ello, UNICEF España hizo una serie de recomendaciones, sintetizadas en cuatro palabras por Rebecka Jonsson, responsable de proyectos de salud infantil global: “Priorizar, invertir y medir impacto”. “La salud global, con énfasis en poner fin a las muertes maternas, neonatales e infantiles prevenibles, es uno de los ámbitos de mayor valor añadido e impacto”, afirmó Jonsson. La organización pidió a España que incremente el porcentaje de Ayuda Oficial al Desarrollo destinado tanto a salud como específicamente a salud infantil, lo que idealmente tendría que ir de la mano de la apuesta por el multilateralismo. Y exigió que se usen indicadores de mortalidad materna e infantil entre los criterios clave para la selección de países prioritarios.

En general, UNICEF España pidió que la Cooperación Española “se comprometa a promover la cobertura sanitaria universal, a través de sistemas nacionales, desde un enfoque de derechos y como bien público global con un foco prioritario en la atención primaria, con especial hincapié en la salud materno-infantil y el acceso equitativo a la inmunización rutinaria”. Porque, insistieron, la capacidad de respuesta a nivel internacional dependerá de la capacidad de respuesta del sistema de salud más frágil.

¿Qué dicen los que saben?

Para Virginia Rodríguez Bartolomé, del [Instituto de Salud Global de Barcelona \(ISGlobal\)](#), es imprescindible mantener el foco en la salud infantil. “De esa forma, se consiguen grandes cosas”, explicó. “De hecho, entre 1990 y 2020 se pasó de 93 fallecimientos cada 1.000 nacidos a 36. En África Subsahariana, de 181 a 74. ¿Y cuál es la gran herramienta? La inmunización en menores de cinco años”, subrayó. Según cálculos de la [Alianza para las Vacunas \(GAVI\)](#), el retorno de la inversión es de 21 dólares por cada dólar gastado, debido al ahorro en salud, salarios y pérdida de productividad por enfermedad.

[Miriam Alía Prieto](#), enfermera pediátrica en [Médicos Sin Fronteras \(MSF\)](#) desde hace 15 años, ha participado en campañas en Etiopía, Nigeria, Níger, Zambia, Sudán, Somalia y Sudán, entre otras muchas. Ella cuenta que “la COVID-19 es, en los países donde trabaja MSF, un problema más que se suma a otros problemas”. Aun así, los recursos –tanto humanos, como materiales y financieros– se han destinado para hacerle frente, en detrimento de las campañas rutinarias de inmunización. En MSF, aseguró Alía, no siguieron esa línea. “Decidimos priorizar el sida, la malaria y la tuberculosis. También la difteria, el tétanos, la tos convulsa, la neumonía, el sarampión... Las de siempre”, dijo. “Pero igualmente vimos cómo la población con la que trabajamos normalmente, tan vulnerable, se volvió aún más vulnerable”, lamentó.

Prevención...



Organización Mundial de la Salud (2019).

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.