

## ARGENTINA

- Visibilizar la infección por el HTLV en una zona no endémica
- Vigilancia epidemiológica de viruela símica

## AMÉRICA

- Brasil: Ocho municipios de Acre en alerta ante el aumento de notificaciones de diarrea
- Brasil: Descubren en São Paulo dos casos de infección por el virus Sabiá

- Estados Unidos: Advierten acerca del parechovirus, que afecta a niños de hasta 5 años

- Estados Unidos: La neumonía adquirida en el hospital mata a los pacientes, aunque es fácil de prevenir

## EL MUNDO

- Alemania: Reportan dos casos de malaria de aeropuerto
- China: Ningxia lanzó una respuesta de emergencia de nivel IV contra la peste bubónica

- Croacia: Brote de carbunco en Lonjskom Polje

- España: Arranca la campaña de vacunación contra la viruela símica

- India: Ya son 30 las muertes causadas por la encefalitis japonesa en Assam

- Somalia: Se reportaron 7.796 casos de cólera en lo que va del año

- Tanzania: Brote de leptospirosis en la región de Lindi

- Un recuerdo no deseado de las vacaciones: la diarrea del viajero

## Comité Editorial

**Editor Honorario** ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

### Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

### Editores adjuntos

RUTH BRITO  
ENRIQUE FARÍAS

### Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

## Adherentes



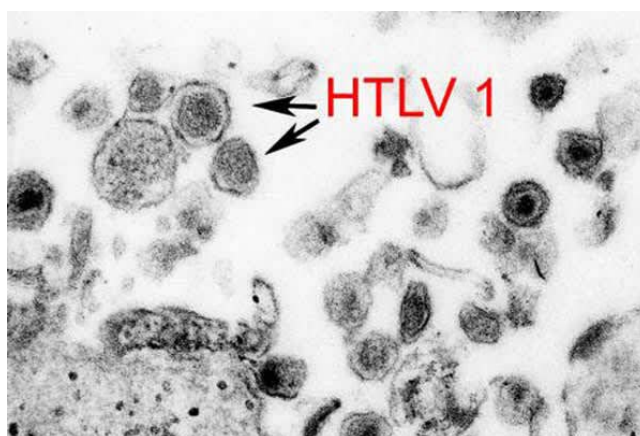
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

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

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

En Argentina, la infección por el virus linfotrópico de células T humanas (HTLV-1) se ha documentado principalmente en bancos de sangre, con una prevalencia de 0,02-0,046% para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 0,8% para la región del Noreste Argentino (NEA) y 1% para la del Noroeste Argentino (NOA); ambas áreas se consideran endémicas para HTLV-2 y 1, respectivamente.

Las políticas y pautas específicas para la prueba de HTLV en donantes de sangre se incluyen desde 2005. La detección de anticuerpos se realiza en bancos de sangre y las pruebas de confirmación se realizan en laboratorios de referencia. No existen recomendaciones específicas para la atención de las comunidades y personas afectadas, ni derivación a clínicas especializadas en la infección por HTLV.



En 2016, como estrategia de intervención, se abrió una asistencia clínica especializada en un hospital público de referencia de enfermedades infecciosas para el abordaje integral de pacientes con HTLV, ofreciendo seguimiento y consejería a pacientes y sus familias para el diagnóstico temprano de HTLV-1/2 y enfermedades relacionadas.

Durante el estudio, visitaron la unidad 124 pacientes con diagnóstico presuntivo de HTLV positivo del banco de sangre, pacientes sintomáticos, familiares y descendientes. Un total de 46 pacientes fueron HTLV positivos (38 HTLV-1 y 8 HTLV-2). Hubo nueve pacientes sintomáticos (2 adultos con leucemia/linfoma de células T y 7 con mielopatía asociada a HTLV-1/paraparesia espástica tropical).

A todos los pacientes con HTLV-1/2 se les ofreció estudiar a sus familiares. Dos de 37 (5,4%) descendientes analizados dieron positivo para HTLV-1. Se estudiaron las parejas sexuales; entre 6 de 11 parejas (54,5%) resultaron positivas (5 HTLV-1 y 1 HTLV-2). Otros familiares, como madres (1/2) y hermanos (1/6), fueron positivos para HTLV-1.

Según el lugar de nacimiento entre los portadores de HTLV-1, el 58% nació en un área endémica o en países donde la infección por HTLV se considera endémica, mientras que para los portadores de HTLV-2, el 12,5% nació en un área endémica de Argentina.

En todos se midió la carga proviral, siendo mayor en los pacientes con HTLV-1 sintomáticos que los asintomáticos.

Además, dos gestantes fueron diagnosticadas precozmente durante su puerperio y se indicó sustitución de la leche materna por fórmula. También se indicó inhibición de la lactancia.

El estudio brinda herramientas para un abordaje multidisciplinario de la infección y refuerza la importancia de contar con unidades clínicas especializadas en enfermedades desatendidas, como el HTLV para consejería, seguimiento clínico y de laboratorio, y brindar información útil a los pacientes para el autocuidado y el de sus familias.

---

El virus linfotrópico de células T humanas (HTLV), está considerado un retrovirus, de la subfamilia Oncovirinae. Los HTLV de los tipos 1 y 2 son virus tipo C que infectan las células CD4<sup>+</sup> humanas.

El HTLV-1 fue el primer retrovirus oncogénico humano conocido. Provoca una hemopatía maligna denominada leucemia/linfoma de células T del adulto (ATL), y desarrolla también una mielopatía subaguda denominada paraparesia espástica tropical (TSP) o mielopatía asociada al HTLV-1 (HAM).

Aún no se conoce a ciencia cierta qué enfermedad provoca el HTLV-2, aunque se lo ha asociado con diversos síndromes neurológicos y con mielopatías subagudas. El material genético está formado por dos moléculas de ARN de cadena simple y polaridad positiva.

El virus originalmente nombrado HTLV-3 pertenece a la misma familia, y luego de conocerse mejor fue finalmente nombrado como VIH-1, causante del síndrome inmunodeficiencia adquirida (sida).

El HTLV-1 tiene como diana principal los linfocitos TCD4<sup>+</sup>; y el HTLV-2, los linfocitos TCD8<sup>+</sup>. Una vez que ha infectado a la célula, el HTLV puede permanecer silente integrado en forma de provirus o comenzar a replicarse. Se cree que el principal mecanismo de transmisión de la infección por HTLV es a partir de mitosis de las células que infecta. Esta expansión clonal da lugar a lo que se denomina carga proviral. El HTLV necesita el contacto entre células para producir la infección.

El HTLV-1 prevalece más en países tropicales, pero se encuentra en todo el mundo. Las áreas de mayor endemicidad son África ecuatorial, el Caribe, el sur de Japón, Papúa Nueva Guinea, Siberia y partes de Sudamérica. El HTLV-1 se disemina por tres vías principales: por transmisión de madre a hijo, por contacto sexual y por contacto de sangre. En la mayor parte de los países donde la endemicidad es alta, la transmisión de la infección de madre a hijo parece ser el medio de diseminación más prevalente y ocurre por vía perinatal o a través del amamantamiento. Cuando el virus se transmite a compañeros sexuales, suele pasar del varón a la mujer en vez de viceversa. En los países occidentales industrializados el HTLV es sobre todo una infección de usuarios de drogas intravenosas. En Estados Unidos, cerca de 5% de los adictos a las drogas está infectado por el HTLV. En casi todos los casos el agente es HTLV-2 y su relación con enfermedades en humanos no está bien establecida.

La leucemia o linfoma de células T adultas se inicia 20 a 40 años después de la infección por HTLV-1 y ocurre solo en una mínima porción (1-4%) de los infectados. La mayoría de los sujetos tiene entre 30 y 50 años. Las lesiones óseas, la hepatoesplenomegalia, hipercalcemia y linfadenopatía son manifestaciones comunes y en ocasiones se observan infiltrados de células leucémicas en la piel. Los enfermos experimentan inmunosupresión y suelen padecer infecciones oportunistas. La mayoría muere al año siguiente del inicio de la enfermedad, pero algunos sufren un curso crónico de la misma que se asemeja al linfoma no Hodgkin.

La paraparesia espástica tropical es una enfermedad desmielinizante progresiva que ocurre con mayor frecuencia en mujeres de 20 a 50 años. Afecta a los conductos largos de las neuronas motoras de la médula espinal. Las pacientes presentan dolor lumbar que se irradia en dirección descendente por las piernas y progresa a debilidad de los miembros inferiores e incontinencia urinaria. También presenta una forma disestésica y cambios visuales. Aunque la paraparesia espástica tropical se asemeja a la esclerosis múltiple de muchas maneras, no experimenta remisión.

La leucemia de células T adultas es una enfermedad mortal. Aunque el tratamiento actual consiste en el control de infecciones oportunistas, está en periodo de prueba la eficacia de diversos agentes antivirales. En algunos enfermos resulta eficaz el tratamiento combinado con interferón alfa y zidovudina. Por lo menos un grupo reportó éxito en el tratamiento de leucemia de células T adultas con anticuerpos monoclonados dirigidos contra receptores IL-2.

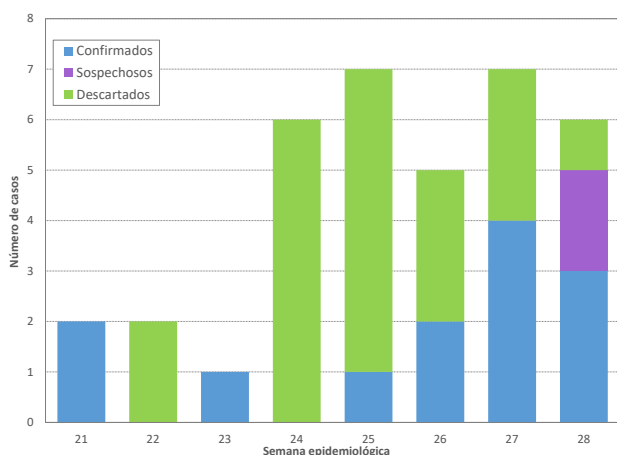
Por desgracia no se cuenta con una cura o vacuna para prevenir esta infección y hay numerosos problemas para crearlas. La vacuna tendría que ser eficaz contra las variantes antigénicas principales, pero aparecen en forma continua nuevas variantes a causa de la poca fidelidad de la transcripción inversa. Por este motivo la principal línea de defensa es utilizar diversas medidas para reducir la transmisión de la enfermedad; se aconseja a los pacientes que limiten el número de sus compañeros sexuales, o bien se recomienda el uso del condón.

Hasta el 14 de julio de 2022, se confirmaron 13 casos de viruela símica, 12 de los cuales presentaron antecedentes de viaje fuera del país previo al inicio de los síntomas.

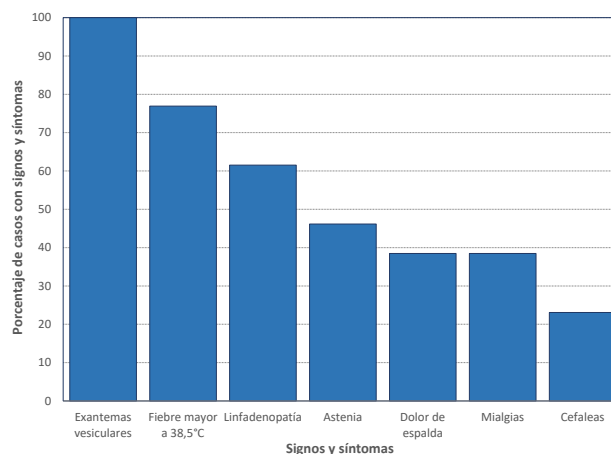
La mediana de edad de los casos es de 34 años, con un mínimo de 26 años y un máximo de 45 años. Todos los casos correspondieron al sexo masculino.

Provincia/Región	Confirmados	Sospechosos	Descartados	Totales
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5	1	11	17
Buenos Aires	4	—	5	9
Córdoba	3	1	—	4
Centro	12	2	16	30
Mendoza	1	—	1	2
San Juan	—	—	1	1
Cuyo	1	—	2	3
Chaco	—	—	1	1
Noreste Argentino	—	—	1	1
Neuquén	—	—	1	1
Río Negro	—	—	1	1
Sur	—	—	2	2
Otros países	—	—	1	1
<b>Total Argentina</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>37</b>

Casos totales notificados según clasificación manual y provincia de residencia. Argentina. Año 2022, hasta el 14 de julio. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos notificados de viruela símica, según clasificación y semana epidemiológica de notificación. Argentina. Año 2022, hasta el 14 de julio, (N=37). Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Porcentaje de prevalencia de signos y síntomas reportados por los casos confirmados. Argentina. Año 2022, hasta el 14 de julio, (N=13). Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

g1

BRASIL

OCHO MUNICIPIOS DE ACRE EN ALERTA ANTE  
EL AUMENTO DE NOTIFICACIONES DE DIARREA

19/07/2022

Ocho ciudades de Acre están en alerta ante el aumento de casos de diarrea. Datos del Departamento de Vigilancia en Salud de Acre muestran que, hasta la semana epidemiológica (SE) 27, el estado ya había notificado 15.400 casos de diarrea.

En la SE 26 se notificaron 679 casos de enfermedades diarreicas agudas. En la semana siguiente, hubo 731 notificaciones.

Los municipios que recibieron la señal de alerta de la Secretaría Estatal de Salud de Acre (SE-SACRE) se encuentran por encima del límite superior, según la serie histórica de los últimos diez años. Ellos son: Acrelândia, Assis Brasil, Brasileia, Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Sena Madureira y Tarauacá.

El 13 de junio, la SESACRE activó la Sala de Situación de Enfermedades Diarreicas Agudas y Síndromes Respiratorios Agudos Severos. El objetivo es monitorear y enviar información sobre los casos al equipo de salud y también a la población.

También, según la encuesta, los casos de diarrea aumentaron 32,6% entre la SE 27 del año pasado y el mismo período de este año. Hasta el 9 de julio de 2021 las notificaciones eran 10.420 y este año han subido a 15.454.

“Además de las alertas para los municipios que tienen notificaciones por encima del límite superior, también alertamos a los municipios que tienen notificaciones bajas, como es el caso de Bujari (2 notificaciones) y Porto Acre (1 notificación) en la SE 27. La alerta es para verificar si el número coincide con la realidad de los municipios o si estamos experimentando subregistro”, explicó la responsable del Centro de Enfermedades Transmitidas por el Agua, Débora dos Santos.

## Casos en 2021

En 2021, Acre estaba en alerta por un brote de diarrea en 11 municipios. Los casos comenzaron a aumentar a partir de la SE 30, y el estado entró en brote a partir de la SE 32.

Ante la situación, la SESACRE instaló, en ese momento, una sala de situación para monitorear los casos. Un equipo de Salud acudió a la oficina regional de Juruá para evaluar el aumento significativo de casos, especialmente en los municipios de Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima y Rodrigues Alves.

Además, Salud también investigó dos muertes presuntamente causadas por diarrea. Los casos se registraron en dos niños de las ciudades de Feijó y Tarauacá, en el interior.

En Brasil, solo se habían informado dos infecciones humanas por el virus Sabiá que ocurrieron naturalmente hace más de 20 años.

Utilizando la metagenómica, se diagnosticaron dos nuevos casos de infección por el virus Sabiá en pacientes con sospecha de fiebre amarilla grave, lo que permitió describir nuevas características de los hallazgos histopatológicos, y analizar la posible transmisión nosocomial.

Los pacientes presentaron hepatitis, hemorragias, alteraciones neurológicas y fallecieron. Se rastrearon 29 contactos hospitalarios, que fueron evaluados clínicamente mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) y anticuerpos neutralizantes.

Las autopsias descubrieron características únicas en microscopía electrónica, como lesiones de “nudo de madera de pino” en los hepatocitos, no descritas previamente. Aunque informes anteriores con arenavirus del Nuevo Mundo similares tenían transmisión nosocomial, este [estudio](#) no encontró ningún caso en el rastreo de contactos, utilizando pruebas serológicas y moleculares.

Aunque aparentemente es raro, la infección por este mammarenavirus brasileño es una etiología del síndrome de fiebre hemorrágica aguda. El diagnóstico virológico solo fue posible mediante técnicas contemporáneas, como los ensayos metagenómicos.

---

Este informe establece que ha habido cuatro infecciones por este mammarenavirus brasileño, el virus Sabiá. Las dos infecciones naturales notificadas ocurrieron en la ciudad de Cotia en 1990 y en la ciudad de Espírito Santo do Pinhal en 1999. Ambas ciudades se encuentran en la zona rural del estado de São Paulo y distan aproximadamente 155 km. Las dos infecciones naturales se produjeron en trabajadores rurales, y las otras dos en trabajadores de laboratorio que se cree que se infectaron mientras manipulaban muestras del virus.

Durante el brote de fiebre amarilla de 2018-2019 en São Paulo, hubo dos casos de infección por el virus Sabiá que ingresaron inicialmente en el Hospital das Clínicas, ciudad de São Paulo, Brasil, con la hipótesis diagnóstica de fiebre amarilla grave. Sin embargo, dieron negativo para fiebre amarilla mediante ensayos moleculares en muestras de sangre y orina, pero positivo para virus Sabiá.

Este informe destaca la posibilidad de que, durante un brote de una enfermedad, en este caso la fiebre amarilla, pueda estar circulando otro patógeno que provoque un cuadro clínico similar. Claramente, es necesario un diagnóstico de laboratorio oportuno para clasificar e identificar los patógenos que están circulando. Dado que la capacidad del laboratorio se ve gravemente afectada durante un brote, la prueba oportuna de una gran carga de muestras puede ser un desafío.

Al ser un arenavirus, el reservorio del virus Sabiá presumiblemente es uno o más roedores que aún no se han identificado como tales.

Si bien no se trata de un nuevo virus, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) lanzaron una nueva advertencia a los padres y pediatras sobre el parechovirus, porque desde mayo se ha reportado un número inusualmente alto de casos en el país.

Dado el aumento en el número de casos, la agencia sanitaria federal está pidiendo a los padres que estén atentos a los síntomas y a los médicos que realicen exámenes para comprobar si los menores de edad se contagiaron del virus.



El parechovirus es un patógeno común en la infancia, similar al enterovirus. Existen cuatro tipos de virus relacionados al parechovirus, de las cuales solo la variante PeV-A causa malestar en seres humanos. El problema es que hay varias subvariantes, como la PeV-A3, que es la que se está detectando en el país de manera frecuente, que afecta desproporcionadamente a recién nacidos provocando hasta riesgo de muerte.

Los CDC indicaron que los casos, en su mayoría, fueron de niños de entre 6 meses de edad y 5 años. Los principales síntomas son infecciones en las vías respiratorias, fiebre y sarpullido. En los menores de 3 meses de edad, los síntomas pueden incluir fiebre, síntomas similares a la sepsis o enfermedades neurológicas, incluidas convulsiones y meningitis.

“Cualquier evidencia de que el niño presente fiebre, letargo, irritabilidad, falta de interés en la comida o bebida, convulsiones o movimientos descontrolados, son signos importantes que si los padres los notan, deben contactar al médico”, aconsejan los CDC.

Advierten además que el virus puede ser transmitido por cualquier persona positiva, sea sintomática o no. Las principales vías de transmisión son las heces, o las vías respiratorias. Y el período de transmisión es muy largo: hasta tres semanas por vías respiratorias, y hasta seis meses en el tracto digestivo. El período de la enfermedad es mucho más corto.

Si bien no hay un tratamiento específico para este virus, se pide a los padres que dejen saber de inmediato al médico ante la duda para mantener controlada la fiebre y evitar deshidratación. Y como ocurre con la mayor parte de los virus, la mejor manera de prevenirlos es a través de buenos hábitos de higiene: lavarse las manos con frecuencia, limpiar superficies y pedirle a quienes visiten a un bebé que si lo van a besar sea en los pies y no en la cara o manos.



Hace cuatro años, cuando Karen Giuliano fue admitida en un hospital de Boston para una cirugía de reemplazo de cadera, recibió una caja rosa con artículos de tocador: pañuelos, jabón, desodorante, pasta dental y, sin duda, el peor cepillo de dientes que vio en su vida.

“No podía creerlo. Tenía un cepillo de dientes sin cerdas”, dijo. “Era solo un palillo”.

Para la mayoría de los pacientes, un cepillo de dientes de hospital inútil sería un tema menor. Pero para Giuliano, profesora de enfermería en la Universidad de Massachusetts-Amherst, fue un recordatorio de un “problema ignorado” en los hospitales de Estados Unidos: las tremendas consecuencias de no cepillarse los dientes.

Se cree que, entre los pacientes a los que no se ha conectado a un ventilador, el no lavarse los dientes, ellos mismos o las enfermeras, es la causa principal de cientos de miles de casos de neumonía al año. La neumonía se encuentra entre las infecciones más comunes que ocurren en los centros de atención médica, y la mayoría de los casos son neumonía adquirida en el hospital sin ventilador (NVHAP), afección que mata hasta 30% de las personas infectadas.

Pero, a diferencia de muchas infecciones que ocurren dentro de los hospitales, el gobierno federal no exige que los hospitales informen los casos de NVHAP. Como resultado, pocos hospitales comprenden el origen de la enfermedad, rastrean su aparición o trabajan activamente para prevenirla.

Muchos casos de NVHAP podrían evitarse si el personal del hospital cepillara mejor los dientes de los pacientes postrados. En cambio, muchos hospitales generalmente se saltean el cepillado de dientes para priorizar otras tareas y solo proporcionan cepillos de dientes baratos e ineficaces, a menudo sin darse cuenta de las consecuencias.

Actualmente, la gran mayoría de las enfermeras en los hospitales no tienen idea de que la neumonía proviene de gérmenes en la boca.

La neumonía se presenta cuando los gérmenes desencadenan una infección en los pulmones. Aunque la NVHAP representa la mayoría de los casos asociados con la atención de salud, históricamente no ha recibido la misma atención que la neumonía vinculada a los ventiladores, que es más fácil de identificar y estudiar porque ocurre entre un subgrupo reducido de pacientes.

La NVHAP, un riesgo para prácticamente todos los pacientes del hospital, a menudo aparece por bacterias de la boca que se acumulan en la biopelícula espumosa de los dientes sin cepillar y se aspira a los pulmones.

Los pacientes se enfrentan a un mayor riesgo si permanecen acostados o inmóviles durante períodos prolongados, por lo que la NVHAP también se puede prevenir elevando la cabeza y sacándolos de la cama con más frecuencia.

Esta neumonía infecta a aproximadamente uno de cada 100 pacientes hospitalizados y mata de 15% a 30% de ellos. Para aquellos que sobreviven, esta enfermedad a menudo extiende su estadía en el hospital hasta 15 días, y hace que sea mucho más probable que tengan que ser readmitidos dentro de un mes del alta, o transferidos a una unidad de terapia intensiva.



John McCleary, de 83 años, de Millinocket, Maine, contrajo un caso probable de NVHAP en 2008 después de que se fracturó el tobillo en una caída y pasó 12 días en rehabilitación en un hospital. Se recuperó de la fractura, pero no de la neumonía. Dos días después de regresar a casa, la infección en sus pulmones hizo que lo trasladaran de urgencia al hospital, donde sufrió sepsis y pasó semanas en tratamiento antes de mudarse a una unidad de aislamiento en un hogar de adultos mayores.

Murió semanas después, demacrado, en gran parte sordo, incapaz de comer, y demasiado débil para tomar agua con un sorbete. Después de contraer neumonía, nunca volvió a caminar.

Si bien los expertos describen a la NVHAP como una amenaza en gran medida ignorada, eso parece estar cambiando. El año pasado, un grupo de investigadores, además de funcionarios de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Administración de Salud de Veteranos y la Comisión Conjunta, publicaron un artículo de investigación como un “llamado a la acción” con la esperanza de lanzar “una conversación nacional de atención médica sobre la prevención de la NVHAP”.

La Comisión Conjunta, una organización sin fines de lucro cuya acreditación puede ayudar –o destruir– a los hospitales, está considerando ampliar los estándares de control de infecciones para incluir más dolencias, como la NVHAP.

Por separado, este año, el Instituto de Investigación de Atención de Emergencia (ECRI), una organización sin fines de lucro enfocada en la seguridad de la atención médica, identificó a la NVHAP como una de sus principales preocupaciones en cuanto a la seguridad del paciente.

La prevalencia de la NVHAP, aunque ya es alarmante, probablemente esté subestimada y haya empeorado a medida que los hospitales se llenaban de pacientes durante la pandemia de COVID-19.

Las dos acciones que muestran la mejor evidencia para prevenir la NVHAP deberían realizarse en la atención estándar: cepillarse los dientes y mover a los pacientes. Esta evidencia proviene de una serie de estudios que muestran que esas dos estrategias pueden conducir a fuertes reducciones en las tasas de infección.

En California, un estudio en 21 hospitales utilizó una nueva priorización del cuidado bucal y sacar a los pacientes de la cama para reducir las tasas de neumonía adquirida en el hospital en alrededor de 70%. En Sutter Medical Center, en Sacramento, un mejor cuidado dental redujo los casos de NVHAP en un promedio anual de 35%.

En Orlando Regional Medical Center, en Florida, una unidad médica y una unidad quirúrgica donde los pacientes recibieron atención oral mejorada redujeron las tasas de NVHAP en 85% y 56%, respectivamente, en comparación con unidades similares que recibieron atención normal. Se están realizando estudios similares en dos hospitales de Illinois.

Y los resultados más convincentes provienen de un hospital de veteranos en Salem, Virginia, donde un programa piloto de cuidado bucal de 2016 redujo las tasas de NVHAP en 92%, salvando aproximadamente 13 vidas en solo 19 meses. El programa, la Iniciativa HAPPEN, se ha ampliado en la Administración de Salud de Veteranos, y expertos dicen que podría servir como modelo para todos los hospitales del país.

El programa capacita a las enfermeras para cepillar los dientes de los pacientes de manera más efectiva, y educa a los pacientes y sus familias sobre el vínculo entre el cuidado bucal y la prevención de la NVHAP.



ALEMANIA

REPORTAN DOS CASOS DE MALARIA DE AEROPUERTO

17/07/2022

Dos pacientes han sido diagnosticados con malaria por *Plasmodium falciparum* en la gran región de Rhein-Main alrededor de Frankfurt am Main, Alemania. Ambos pacientes tienen una ocupación regular en el aeropuerto internacional de Frankfurt am Main y no tienen antecedentes de viajes a una región endémica de malaria ni de transfusiones de sangre.

Ambos pacientes desarrollaron una enfermedad sintomática el 5 de julio de 2022. El primer paciente estuvo en la lista de trabajo en el aeropuerto desde el 28 de junio hasta el 4 de julio, el segundo fue incluido por última vez el 1 y el 2 de julio. En ambos casos, el diagnóstico se realizó el 12 de julio. Uno de los pacientes cumple con los criterios de malaria grave y se encuentra en cuidados intensivos.

Los pacientes no trabajaban en áreas superpuestas en el aeropuerto. Se informó a las autoridades sanitarias responsables y a los departamentos de medicina del trabajo para que identificaran más enfermedades febriles en trabajadores del aeropuerto.

Casos autóctonos de malaria asociados con aeropuertos han sido descritos recientemente en Brusel, Bélgica, en 2020, donde dos pacientes que vivían en un radio de 5 km murieron y se encontró que los plasmodios compartían la misma fuente.

En octubre de 2019, un clúster de dos infecciones por *P. falciparum* asociadas a aeropuertos fueron identificados en el aeropuerto de Frankfurt am Main. Ambos pacientes sobrevivieron, pero uno estuvo gravemente enfermo.

Los casos actuales, así como los descritos en la literatura, muestran que estos pacientes afectados por malaria asociada al aeropuerto tenían una forma notablemente grave de la enfermedad. Esto probablemente se deba al inicio relativamente tardío del tratamiento, dada la dificultad de diagnosticar la malaria sin un vínculo epidemiológico con un país endémico para esta enfermedad.

---

Pese a que la malaria es una infección parasitaria que suele contagiarse en áreas o países donde la enfermedad es endémica, el desarrollo de los sistemas de transporte y las rápidas comunicaciones entre continentes pueden provocar el 'traslado' de los vectores de contagio de la enfermedad fuera de su hábitat y, por lo tanto, expandir las posibilidades de contraer malaria en regiones donde la enfermedad está erradicada. Este es el caso de la conocida como 'malaria de aeropuerto', una modalidad de contagio que se produce cuando la hembra del mosquito *Anopheles* infectada por el parásito *Plasmodium*, viaja hasta un país o área libre de malaria en aviones o maletas desde una zona donde la enfermedad continúa vigente.

A diferencia de la malaria importada, en la que el paciente presenta síntomas de malaria en su país de origen tras haber sido infectado en una zona endémica, la malaria de aeropuerto conlleva el contagio por malaria en una zona libre de la enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En estos casos, unas condiciones climáticas favorables en el lugar de destino (altas temperaturas, generalmente en verano) permiten la supervivencia del mosquito *Anopheles* que, además de picar e infectar a los trabajadores y pasajeros del aeropuerto, puede desplazarse hasta 15 kilómetros gracias al viento y recorrer distancias más grandes dentro de los equipajes y los vehículos de los viajeros.

En el período comprendido entre 1969 y 1999, los aeropuertos de Europa (España, Francia, Reino Unido, Italia, Bélgica, Italia, Países Bajos y Suiza) registraron 89 casos de malaria de aeropuerto, según un estudio de 2015, en el que también se describen cuatro casos de malaria acaecidos en el Aeropuerto Internacional de Túnez-Cartago en el verano de 2013, treinta años después de que la OMS declarara erradicada la malaria en Túnez.

En este caso concreto, los cuatro infectados por la enfermedad vivían en una zona residencial ubicada a 2 km del aeropuerto y no habían realizado ningún viaje a una zona endémica que hubiera propiciado el contagio ni habían recibido transfusiones de sangre que hubieran facilitado la transmisión del parásito *Plasmodium* desde el torrente sanguíneo de un paciente infectado hasta el de estos cuatro ciudadanos tunecinos.

La Región Autónoma de Ningxia Hui, en el noroeste de China, emitió una respuesta de emergencia de Nivel IV para la prevención y el control de la peste el 19 de julio, luego de que se confirmara que un paciente estaba infectado con la bacteria *Yersinia pestis*.

El caso se originó en otra región del país, dijeron las autoridades locales en un comunicado, sin detallar lugar específico.

Bajo la advertencia de Nivel IV, Ningxia tratará al paciente con todos sus esfuerzos e implementará medidas epidemiológicas relevantes para garantizar que no haya mayor propagación y transmisión.

El Nivel IV es el más bajo en el mecanismo nacional de respuesta de emergencia para la peste.

En abril de este año, la ciudad de Baotou, en la Región Autónoma de Mongolia Interior, en el norte de China, activó una advertencia contra la peste bubónica cuando se encontró un ratón infectado muerto.

La peste es una enfermedad infecciosa grave altamente transmisible y tiene una elevada tasa de mortalidad. Es una enfermedad infecciosa de Clase A, la clasificación más alta según la Ley de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Infecciosas de China.

Los roedores infectados son una fuente clave de propagación de la enfermedad, que se transmite principalmente entre los humanos a través de las picaduras de pulgas infectadas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la peste es causada por *Y. pestis*, una bacteria zoonótica que generalmente se encuentra en pequeños mamíferos y en las pulgas que portan. La peste bubónica es la forma más común y se caracteriza por la inflamación dolorosa de los ganglios linfáticos o bubones.

Puede ser una enfermedad muy grave en las personas, con una tasa de mortalidad de 30 a 60% para el tipo bubónico y casi siempre es fatal para el tipo neumónico cuando no se trata, según la OMS.

En agosto de 2021, Ningxia también informó de un caso confirmado de peste bubónica en su ciudad capital, Yinchuan. El caso se remonta a Mongolia Interior, con el paciente en estado crítico, lo que provocó una respuesta de emergencia de nivel IV sobre prevención y control de la peste.

---

La peste puede ser una enfermedad muy grave en las personas, particularmente en sus formas septicémicas y neumónicas.

Aunque la peste ha sido responsable de pandemias generalizadas a lo largo de la historia, incluida la llamada Peste Negra que causó más de 50 millones de muertes en Europa durante el siglo XIV, hoy en día se puede tratar fácilmente con antibióticos y el uso de medidas preventivas estándar.

La peste se encuentra en todos los continentes excepto Oceanía, pero la mayoría de los casos humanos desde la década de 1990 se han producido en África. República Democrática del Congo, Madagascar y Perú son los tres países más endémicos.

La decisión de iniciar la terapia con antibióticos para la peste debe tomarse en función de los signos y síntomas clínicos y de un historial cuidadoso del paciente. Una picadura reciente de pulga, la exposición a áreas con roedores o el contacto con un animal enfermo o muerto son factores de riesgo para la peste en áreas endémicas.

Posteriormente se puede establecer un diagnóstico confirmatorio mediante pruebas de laboratorio especializadas. Nunca retrase ni suspenda el tratamiento hasta que se reciban los resultados de las pruebas de laboratorio.

La cantidad de ganado que ha muerto de carbunco en Lonjskom Polje está aumentando, y también ha aumentado la cantidad de residentes enfermos, que actualmente son ocho.

En la estación de bomberos de Osekovo, los médicos examinaron a todos los que estuvieron en contacto con animales infectados y el 19 de julio comenzó la vacunación del ganado. Para evitar la propagación de la infección en el parque natural, se restringió la circulación de personas y vehículos. Se supone que los animales se infectaron en los abrevaderos, porque las esporas de carbunco ingresaron en las aguas subterráneas al alterarse los arroyos después del terremoto.

“No todos los contactos, es decir, no todos los que trabajaron con ese ganado, la enfermedad se desarrolla de la misma manera. Ese es el problema que aún tendremos. Es necesario vacunar a todo el ganado contra el carbunco lo antes posible, en toda el área de Lonjskom Polje”, dijo el director del Instituto de Salud Pública del condado de Sisak-Moslavina, Inoslav Brkić.

Los lugareños confirmaron que la cantidad de ganado infectado y muerto está aumentando. Los servicios están sobre el terreno y se trabaja en la vacunación del ganado para que los daños no sean mayores y se proteja la vida de las personas.

---

La información que brinda este artículo no es de buena calidad. Las infecciones cutáneas se producen por la exposición a sangre contaminada al manipular cadáveres o por la picadura de una mosca tabánida que se ha alimentado de un animal moribundo o muerto. La lesión suele desarrollarse en 3-4 días y se caracteriza por inflamación y prurito; no hay dolor. La úlcera negra tarda varios días en aparecer. Cuando se toman muestras de lesiones cutáneas, el mejor método es usar una jeringa hipodérmica e insertar la aguja debajo de la lesión para obtener el líquido sanguíneo que se forma allí. Tres días de un antibiótico de acción prolongada suelen ser adecuados para matar el *Bacillus anthracis*, ya que la mayoría son muy sensibles a los antibióticos y mueren rápidamente. El problema son los fluidos tóxicos que se producen, y estos deben drenarse rápido, con cuidado y hasta que no aparezca más.

Es dudoso que la propagación de la enfermedad se haya producido a través de aguas subterráneas contaminadas. Las células vegetativas de la sangre del ganado se dividen en el suelo y en estos charcos no sobreviven mucho tiempo. Las esporas en el agua duran solo unos pocos meses (y de todos modos son hidrofóbicas). Las circunstancias descritas son perfectas para las moscas hematófagas, que seguramente están presentes en gran número. Las hembras de tabánidos son picadoras activas y van de animal en animal con sus partes bucales contaminadas. El ganado en un radio de 1 km está en riesgo inmediato, por lo tanto, se debe vacunar a la manada infectada y a sus vecinos. Como estas moscas pueden volar largas distancias, es aconsejable extender la vacunación hasta 10 km. Debido a esta capacidad de vuelo, se debe estar atento a muertes inesperadas aisladas. No son numerosas, pero ocurren y seguramente se confirmará la infección. Los propietarios de ganado deben ser conscientes de la posibilidad de estos casos y la necesidad de notificar inmediatamente cualquier información y sospecha.

Lonjskom Polje es el humedal protegido más grande tanto en Croacia como en toda la cuenca del Danubio. Cubre un área de 505,6 km<sup>2</sup>, que se extiende a lo largo del río Sava desde las áreas al este de Sisak, el curso inferior del río Lonjskom que le da nombre, hasta las áreas al oeste de Nova Gradiška, a lo largo del curso del río Veliki Strug. El área de Lonjskom Polje está designada como parque natural, una especie de área protegida en Croacia. La institución se estableció en 1998 y tiene su sede en el pueblo de Jasenovac. Según los criterios de la Directiva de Aves de la Unión Europea, el parque es un hábitat importante para las aves.

La Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el 12 de julio una actualización de las recomendaciones de vacunación contra la viruela símica en el brote actual. La actualización prioriza, por disponibilidad limitada de vacunas, la vacunación preventiva de personas menores de 45 años de edad que mantienen prácticas sexuales de alto riesgo, fundamentalmente, pero no exclusivamente, hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Hasta la fecha, las medidas adoptadas para el control del brote actual de viruela símica se han basado fundamentalmente en la detección precoz de los casos y el aislamiento, identificación y seguimiento de los contactos estrechos. No obstante, en la evolución del brote se ha observado un incremento mantenido en el número de casos confirmados, así como dificultades tanto en la identificación de los contactos estrechos como en su vacunación posexposición en los primeros cuatro días tras el contacto. Por el momento, el riesgo de infección continúa limitado fundamentalmente en el contexto de las relaciones sexuales de alto riesgo entre HSH. La vacunación postexposición es una estrategia efectiva cuando la identificación de los contactos estrechos y la aceptación de la vacunación es elevada. Sin embargo, el aumento mantenido de casos confirmados justifica un cambio de estrategia de vacunación.

Otro escollo no menos importante es la disponibilidad limitada de vacunas para hacer frente al brote actual de viruela símica y que explicaría la priorización de los grupos de población más vulnerables en la vacunación.

La vacuna contra la viruela –que se dejó de administrar en España en 1980 tras la erradicación de esta enfermedad– ofrece protección contra la viruela símica. En 2013, la Comisión Europea autorizó la vacuna Imvanex® (de Bavarian Nordic) para la inmunización activa contra la viruela en personas adultas. Esta vacuna, considerada de tercera generación, contiene una forma atenuada del virus que no es replicativa (no provoca la enfermedad) y es más segura que las anteriores vacunas contra la viruela. Desde que Imvanex® se autorizó en la Unión Europea, esta vacuna no ha estado disponible de forma inmediata. Esta misma vacuna se autorizó en Estados Unidos, en 2019, con el nombre comercial de Jynneos®, pero a diferencia de Europa, para la prevención tanto de la viruela como de la viruela símica.

Para permitir la contención del brote actual, los Estados Miembros de la Unión Europea acordaron la compra de alrededor de 110.000 dosis de la vacuna Jynneos® a través de la Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias. La Agencia Europea del Medicamento evaluó las especificidades de esta vacuna para utilizarla en lugar de Imvanex® y concluyó que tanto Imvanex® como Jynneos®, su equivalente autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos, son las vacunas más adecuadas contra la viruela símica.

Ante la situación actual de incremento progresivo del número de casos, la Comisión de Salud Pública revisó y amplió las recomendaciones de vacunación, tanto preexposición como posexposición, y estableció una priorización teniendo en cuenta la situación epidemiológica

y la disponibilidad de vacunas con el objetivo de prevenir la aparición de nuevos casos. Se priorizará por este orden:

1. La profilaxis preexposición para los menores de 45 años de edad que mantienen prácticas sexuales de alto riesgo –fundamentalmente, pero no exclusivamente, HSH– incluidas dentro de las indicaciones de la profilaxis preexposición (PrEP) al VIH o con infección por el VIH en seguimiento en las consultas hospitalarias y que no hayan pasado la enfermedad, ni recibido la vacuna de la viruela con anterioridad. En el momento actual se administrará una sola dosis en la profilaxis preexposición. La segunda dosis se administrará cuando se disponga de un mayor número de dosis (se darán las indicaciones oportunas).
2. La profilaxis posexposición de contactos estrechos de casos confirmados, sobre todo aquellos con alto riesgo de enfermedad grave (población infantil, embarazadas y personas con inmunodepresión), así como personal sanitario y de laboratorio con contacto con casos confirmados y que hayan tenido alguna incidencia en el uso de equipo de protección individual. Se administrará una sola dosis en los primeros cuatro días tras el primer contacto estrecho, aunque podrá ofrecerse hasta los 14 días. Se completará la vacunación con una segunda dosis cuando se disponga de mayor cantidad de vacuna.

En ambos tipos de profilaxis se administrarán dos dosis, separadas al menos 28 días en personas inmunodeprimidas, incluyendo personas con infección por el VIH con recuentos de CD4 inferiores a 200 células/ml.

Los responsables señalan que estas recomendaciones se irán adaptando en función de la situación epidemiológica y la disponibilidad de vacunas.

---

Para mayor información, puede consultarse el documento [Recomendaciones de vacunación en el brote actual de viruela del mono](#).

Un informe publicado por el Sistema para la Vigilancia en España (SiViES), perteneciente al Centro Nacional de Epidemiología, indica que, hasta el 15 de julio, las autoridades sanitarias españolas llevaban detectados un total de 2.368 casos de viruela símica, de los que 1.211 fueron registrados en la Comunidad de Madrid, 478 en Catalunya, 292 en Andalucía y el resto en hasta otras 13 comunidades autónomas. El 99,1% de los casos se dieron en hombres. La mediana de la edad de las personas infectadas era de 37 años. El 43,4% de los casos tuvieron lugar en personas nacidas en España. Más de 98% de los afectados residían en España.

Respecto a las características y evolución clínicas, 73% de los casos presentó alguna sintomatología general a lo largo de su proceso clínico (fiebre, astenia, dolor de garganta, dolor muscular o cefalea). De dichos síntomas, la fiebre fue el más frecuente. En 50% de los casos se detectó exantema en zona anogenital. El 4,5% de las personas afectadas presentó complicaciones durante el proceso clínico. Las principales complicaciones fueron infecciones bacterianas secundarias, úlceras bucales y úlceras genitales. El 4% de los casos precisó de hospitalización. El 38,6% de los casos se dieron en personas con el VIH.

En lo relativo a mecanismos de exposición, 39 casos han sido considerados casos importados y 230 reportaron un contacto estrecho con un caso probable o confirmado. El 80,9% de los casos analizados se dieron en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

En cuanto al mecanismo de transmisión más probable, en 84,9% de los casos la transmisión se atribuyó a un contacto estrecho en el contexto de una relación sexual.

En relación a la asistencia a eventos multitudinarios, desde que se ha comenzado a recabar información epidemiológica al respecto, 33,7% de los afectados habían acudido a algún evento en las fechas previas al inicio de síntomas. Los eventos principales detectados fueron el Gay Pride de Maspalomas (58 casos), Gay Pride de Torremolinos (51 casos) y distintos eventos en Barcelona (30 casos) y Madrid (19 casos).

Los datos evidencian que la tendencia del brote de viruela símica se asemeja notablemente a lo ya detectado en el resto de los países afectados, esto es, un perfil de afectado mayoritariamente hombre, HSH, con una mediana de la edad de 37 años y que ha adquirido la infección en un contexto sexual. Esta información es importante de cara a establecer medidas de salud pública que permitan contener el brote.





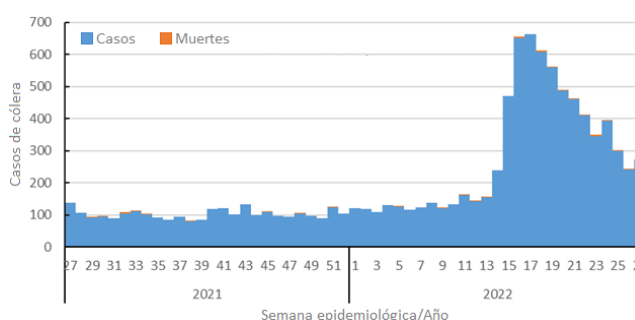
El 18 de julio se informaron tres nuevas muertes debido a la encefalitis japonesa en Assam, lo que elevó el número de muertos a 30, según un informe oficial. También se detectaron 13 casos nuevos durante ese día, según un comunicado de la Misión Nacional de Salud (NHM), en Assam. El número total de casos de encefalitis japonesa en el estado aumentó a 183.

Las tres nuevas muertes se registraron en los distritos de Kamrup Metropolitan, Kamrup y Lakhimpur.

Los casos nuevos se registraron en Nagaon (5), Jorhat (5), Sivasagar (1), Hojai (1) y Kamrup Metropolitan (1). El 18 de julio se había detectado un nuevo caso en el estado, aunque no se informaron muertes.

Todos los distritos han formado un equipo de Respuesta Rápida para el síndrome de encefalitis aguda y la encefalitis japonesa. El NHM ha comunicado los procedimientos operativos estándar y las pautas a todos los distritos para la detección, el manejo y la derivación de casos de estas enfermedades. El estado registra anualmente un brote de casos de encefalitis japonesa, que es transmitida por mosquitos infectados, durante este período.

Del 1 de enero al 10 de julio de 2022, según el Ministerio de Salud de Somalia, se informó un número acumulado de 7.796 casos de cólera, incluidas 37 muertes asociadas (tasa de letalidad de 0,5%), en 25 distritos afectados por la sequía en la región de Banaadir, el Estado del Sudoeste y el estado de Hirshabelle. Los distritos que notificaron el mayor número de casos son Baidoa (2.033), Daynile (1.080), Jowhar (825) y Afgoi (681). Además de ser los distritos afectados por la sequía, muchos de estos distritos también albergan campamentos de desplazados internos como resultado de tres décadas de conflicto y la escalada de la situación de la sequía.



Casos y muertes por cólera. Somalia. Semanas epidemiológicas 27 de 2021 a 27 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Más de la mitad de los casos (53,5%) correspondieron a niños menores de 2 años, afectando por igual a hombres y mujeres. Se informó deshidratación severa en 27% de los casos. Ninguno de los casos informó haber recibido la vacuna oral contra el cólera (VOC). En Somalia, se llevaron a cabo campañas de vacunación en 2017, 2018 y 2019.

Hasta el 10 de julio, el laboratorio Nacional de Salud Pública de Muqdisho recolectó y analizó (mediante cultivo) un total de 677 muestras de materia fecal. De estas, 145 muestras (21,4%) dieron positivo para *Vibrio cholerae* Ogawa 01.

El número de casos notificados en los primeros seis meses de 2022 superó el número de casos notificados en 2021 en los mismos distritos afectados por la sequía, cuando se registró un total de 6.205 casos de diarrea acuosa aguda/sospecha de cólera, incluidas 39 muertes (tasa de letalidad de 0,63%). En 2021, el brote comenzó después de inundaciones repentinas.

## Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros socios están llevando a cabo actividades de respuesta a emergencias. Estas medidas incluyen:

- El uso de un Sistema de Gestión de Incidentes a nivel nacional para coordinar la respuesta a la sequía, incluidas las actividades de respuesta al cólera.
- Se estableció un Grupo de trabajo sobre el cólera para coordinar la implementación de las actividades de respuesta al cólera, incluida la implementación de campañas reactivas con VOC.
- La primera ronda de la campaña reactiva con VOC se llevó a cabo (del 14 al 26 de junio de 2022) en los nueve distritos de alto riesgo, alcanzando a 897.086 personas mayores de un año, incluidas mujeres embarazadas (96% de la población objetivo).
- La activación de una Red de Alerta y Respuesta Temprana (EWARN) en los distritos afectados por la sequía está en curso, incluidos los trabajadores de salud comunitarios que detectan e informan las alertas comunitarias.

- Despliegue de equipos de respuesta rápida en los distritos para investigar las alertas de diarrea acuosa aguda notificadas por los centros de salud y las comunidades.
- Dotación de laboratorios estatales con reactivos y otros insumos relevantes para la confirmación de casos de cólera.
- Preposicionamiento de insumos esenciales para la detección de casos sospechosos de cólera mediante pruebas de diagnóstico rápido y el manejo de casos en comunidades remotas.
- Sesiones de sensibilización sobre salud dirigidas a personas que viven en campamentos de desplazados internos realizadas por socios junto con el Ministerio de Salud.
- La implementación de intervenciones de agua, saneamiento e higiene (WASH), incluida la distribución de kits de higiene a las comunidades desplazadas, está en curso.
- El grupo WASH, en colaboración con el Ministerio de Salud, está realizando un monitoreo de la calidad del agua y la cloración de las fuentes de agua contaminada.
- Se han distribuido kits de higiene a los distritos que informan un alto número de casos.
- Se han establecido seis centros de tratamiento del cólera en distritos de alto riesgo.

## **Evaluación de riesgos de la OMS**

En 2017, se notificaron en Somalia más de 78.000 casos sospechosos de cólera, incluidas 1.159 muertes (tasa de letalidad de 1,5%). La transmisión ha continuado desde entonces, con 6.761 casos sospechosos y 45 muertes (tasa de letalidad de 0,67%) notificadas en 2018; 3.100 casos y cuatro muertes (tasa de letalidad de 0,13%) notificados en 2019; 6.414 casos y 44 muertes (tasa de letalidad de 0,69%) notificados en 2020 y 6.205 casos y 39 muertes (tasa de letalidad de 0,63%) notificados en 2021.

El actual brote de cólera en Somalia se produce en el contexto de otros brotes en curso (incluidos COVID-19 y sarampión), así como la escalada de la sequía que ha afectado a siete millones de personas y ha desplazado a 805.000 personas a campamentos según la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), ejerciendo presión sobre un sistema de atención médica ya sobrecargado con servicios de atención primaria de salud limitados. La Unidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Somalia informó que múltiples áreas enfrentan un riesgo de hambruna durante la sequía actual y bajo la escalada de los precios de los alimentos con más de 45% de la población en la Clasificación Integrada de Fase de Inseguridad Alimentaria (IPC) 3 (Crisis) o más. La sequía exige aún más la capacidad de respuesta de Somalia.

Además, el actual brote de cólera se ha confirmado en 25 distritos afectados por la sequía, que albergan comunidades desplazadas que tienen acceso limitado a agua potable, saneamiento adecuado y alimentos.

Aunque actualmente no hay evidencia de propagación transfronteriza del brote, no se puede descartar la propagación internacional dada la escalada de las condiciones de sequía en el Cuerno de África, que ha provocado desplazamientos repetidos y un amplio movimiento de población transfronterizo entre Somalia y los países vecinos, especialmente Etiopía, Kenya, Djibouti y Yemen. Estos países también están experimentando condiciones similares (acceso limitado a agua potable, saneamiento adecuado y alimentos) que pueden facilitar la transmisión de enfermedades diarreicas, que afectan especialmente a las comunidades desplazadas.

## **Consejo de la OMS**

La OMS recomienda fortalecer los sistemas de vigilancia de enfermedades y el manejo adecuado y oportuno de los casos de cólera. Las vacunas orales contra el cólera deben usarse

junto con mejoras en el agua y el saneamiento para controlar los brotes y para la prevención en áreas que se sabe que tienen un alto riesgo de cólera. Mejorar el acceso al agua potable y la infraestructura de saneamiento, así como mejorar la infección, la prevención y el control en los establecimientos de salud, con prácticas de higiene y seguridad alimentaria en las comunidades afectadas, son los medios más efectivos para controlar el cólera. Se deben proporcionar a la población mensajes clave de comunicación de salud pública.

Específicamente, en Somalia, a pesar de las actividades de respuesta en curso, existe una necesidad urgente de reforzar las siguientes acciones en los distritos afectados por la sequía:

- Desplegar equipos de respuesta rápida de distrito adicionales y trabajadores de salud comunitarios para detectar y reportar alertas y realizar comunicaciones de riesgo.
- Desarrollar la capacidad de los trabajadores de salud de primera línea en el manejo clínico de casos de cólera.
- Preposicionamiento de kits de cólera.
- Establecer Puntos de Rehidratación Oral (PRO) en las comunidades afectadas, apoyando los vínculos con los Centros de Tratamiento del Cólera (CTC).
- Ampliación de las campañas de concienciación y sensibilización de la comunidad.
- Fortalecimiento de la implementación de intervenciones WASH en distritos afectados por la sequía.
- Desarrollar un plan de respuesta al cólera actualizado para agilizar la coordinación de la respuesta al cólera.

La OMS no recomienda ninguna restricción comercial o de viaje para Somalia según la información actualmente disponible.

---

El cólera es una infección entérica aguda causada por la ingestión de la bacteria *Vibrio cholerae* presente en agua o alimentos contaminados. Está relacionado principalmente con el acceso insuficiente al agua potable y el saneamiento inadecuado. Es una enfermedad extremadamente virulenta que puede causar diarrea acuosa aguda severa que resulta en una alta morbilidad y mortalidad, y puede propagarse rápidamente, dependiendo de la frecuencia de exposición, la población expuesta y el entorno. El cólera afecta tanto a niños como a adultos y puede ser mortal si no se trata.

El período de incubación es de 12 horas a cinco días después de la ingestión de alimentos o agua contaminados. La mayoría de las personas infectadas con *V. cholerae* no desarrollan ningún síntoma, aunque la bacteria está presente en sus heces durante uno a 10 días después de la infección y se devuelve al ambiente, lo que podría infectar a otras personas. Entre las personas que desarrollan síntomas, la mayoría tiene síntomas leves o moderados, mientras que una minoría desarrolla diarrea acuosa aguda con deshidratación severa. El cólera es una enfermedad fácilmente tratable. La mayoría de las personas pueden ser tratadas con éxito mediante la administración inmediata de una solución de rehidratación oral.

El cólera puede ser endémico o epidémico. Un área endémica de cólera es un área donde se detectaron casos confirmados de cólera durante los últimos tres años con evidencia de transmisión local (los casos no se importan de otros lugares). Una epidemia de cólera puede ocurrir tanto en países endémicos como en países no endémicos. Los cadáveres no infectados nunca han sido reportados como fuente de epidemias.

Las consecuencias de una crisis humanitaria, como la interrupción de los sistemas de agua y saneamiento, o el desplazamiento de poblaciones a campamentos inadecuados y superpoblados, pueden aumentar el riesgo de transmisión del cólera, en caso de que la bacteria esté presente o se introduzca.

Un enfoque multisectorial que incluya una combinación de vigilancia, mejora del acceso al agua limpia, saneamiento y promoción de la higiene, acceso rápido al tratamiento, comunicación de riesgos y participación comunitaria y vacunas orales contra el cólera es esencial para controlar los brotes y reducir las muertes.

Tanzania confirmó 20 casos de leptospirosis, una infección bacteriana que se ha cobrado tres vidas, en la sureña región de Lindi.

La ministra de Salud, Umy Mwalimu, dijo que los resultados de las pruebas de muestras de pacientes en Ruangwa dieron positivo para la enfermedad.

La semana pasada, muestras de personas que presentaban fiebre, hemorragias nasales, dolor de cabeza y fatiga corporal dieron negativo para COVID-19, enfermedad por el virus del Ébola y por el virus de Marburg, dijo el ministerio, que pidió calma mientras trabaja en la detección.

“Quiero informar a la población que las pruebas de las muestras de los pacientes confirmaron que se trata de un brote de leptospirosis, o ‘*homa ya Mgunda*’, como se conoce en swahili”, dijo Mwalimu el 18 de julio.

Según el ministerio, se han reportado más de 20 casos, con tres muertes. Actualmente hay dos pacientes hospitalizados.

Mwalimu agregó que el rastreo de contactos está en curso. “Hasta ahora, ninguna otra persona entre los contactos ha presentado síntomas de la enfermedad”, agregó.

---

La leptospirosis es una infección bacteriana zoonótica que está ampliamente distribuida en todo el mundo en climas cálidos y se transmite a los seres humanos por contacto directo de piel o membranas mucosas lesionadas con la orina de animales infectados o por contacto con suelo húmedo, vegetación o agua que ha sido contaminados con orina de animales infectados. La bacteria *Leptospira* excretada en la orina de animales crónicamente infectados puede sobrevivir en agua dulce o suelo húmedo durante semanas o meses. Muchas especies de animales salvajes y domésticos (incluidos perros, vacas, cerdos y especialmente ratas) son susceptibles a la infección renal crónica por leptospirosis patógenas. Los ratones, al igual que las ratas, pueden transportar *Leptospira* en la orina y servir como reservorio de este organismo.

Hay más de 250 serovares de especies de *Leptospira*, con múltiples serovares endémicos en un área geográfica determinada. La inmunidad protectora contra la infección por *Leptospira* es predominantemente específica para el serovar. Diferentes serovares de *Leptospira* pueden prevalecer en regiones geográficas particulares.

Las actividades humanas que ponen a las personas en mayor riesgo de leptospirosis incluyen el contacto con ratas o animales domésticos (bovinos, cerdos y perros), caminar descalzos en agua o lodo, nadar en ríos y otros deportes acuáticos, jardinería o agricultura y trabajar en granjas porcinas.

Algunos nombres de la leptospirosis se derivan de las situaciones ambientales asociadas con los grupos en riesgo de desarrollar la enfermedad, como enfermedad del porquero, fiebre de arrozal, fiebre o enfermedad del cortador de caña, fiebre de los pantanos y fiebre del lodo. Los brotes de leptospirosis siguen con frecuencia a fuertes lluvias, inundaciones con agua dulce y un número creciente de roedores. La eliminación inadecuada de basura y escombros proporciona un hábitat adecuado para una infestación de roedores.

El tratamiento con antibióticos (penicilina y doxiciclina) puede ser eficaz, especialmente si se inicia en las primeras etapas de la enfermedad. Se ha demostrado que la doxiciclina es eficaz para la profilaxis a corto plazo en entornos de alto riesgo para las personas expuestas a aguas o suelos contaminados. Cada dosis de 200 mg brinda un beneficio de hasta 7 días, por lo que la dosis puede repetirse si las condiciones de alto riesgo persisten por más tiempo. Sin embargo, una revisión de investigaciones clínicas que estudiaron si la administración de doxiciclina puede prevenir la leptospirosis encontró que los datos de los ensayos, que se dirigieron a diferentes tipos de personas (viajeros y personas que viven en áreas de riesgo, incluidos soldados, agricultores y estudiantes) no apoya la práctica en todos los casos, aunque puede ayudar a los viajeros a corto plazo con un potencial de exposición de alto riesgo.

Aunque las vacunas están disponibles para inmunizar a animales no humanos contra algunos serovares de *Leptospira* y están disponibles en algunos países para humanos, no hay ninguna vacuna contra la leptospirosis disponible para uso en humanos en Estados Unidos.

La noticia actual indica que el diagnóstico de leptospirosis se confirmó en 20 pacientes, tres de los cuales fallecieron. Sin embargo, no informa cómo se confirmó el diagnóstico en estos pacientes o qué factores aumentaron el riesgo de leptospirosis para estas personas.

Ruangwa (con una población de alrededor de 1,2 millones de habitantes), donde se están produciendo los casos de leptospirosis, es uno de los seis distritos de la región costera del sur de Lindi en Tanzania. La región de Lindi es una de las 31 regiones administrativas de Tanzania.

Desde tiempos inmemoriales, los seres humanos se han desplazado largas distancias. Se viajaba por [campañas militares](#), comercio, búsqueda de nuevos territorios para vivir o, simplemente, por el deseo de conocer nuevos lugares. En la actualidad, las motivaciones son similares: negocios, turismo o, desgraciadamente, guerras y migraciones.

En ocasiones, estos desplazamientos iban acompañados de la aparición de problemas gastrointestinales. Sin ir más lejos, se han descrito los efectos de la [disentería en los cruzados](#) que iban a Tierra Santa e infecciones parasitarias [en los comerciantes de la Ruta de la Seda](#).

Actualmente la “diarrea del viajero” es más frecuente entre quienes viajan desde países desarrollados a otros con un menor nivel de desarrollo. No hay que perder de vista que en muchos países de América Central y del Sur, Asia, África, Oceanía y Europa del Este, las enfermedades diarreicas, provocadas por la presencia en agua y alimentos de microorganismos patógenos de origen fecal, continúan siendo un problema de salud importante.

### Afecta a dos de cada diez viajeros en algunos países

Se considera “[diarrea del viajero](#)” a la aparición repentina de tres o más deposiciones de consistencia blanda o líquida en 24 horas, acompañadas de al menos uno de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, calambres abdominales, necesidad urgente de defecar, fiebre o sangre/mucosidad en las heces.

Puede aparecer durante el viaje o a la vuelta del mismo, en función de diversos factores. Para un destino concreto, las infecciones son más frecuentes en verano que en invierno.

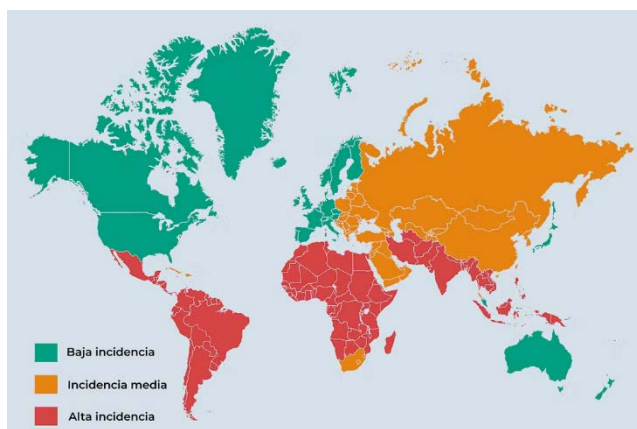
Dependiendo de las zonas a las que se viaje, la probabilidad de contraer esta infección varía. En general, su prevalencia ha ido descendiendo. Este descenso parece deberse a una mejora en las [condiciones higiénicas](#) en los países de destino, y no tanto a cambios en el comportamiento de los viajeros.

No todos tienen la misma susceptibilidad a la infección. Las personas con patologías gástricas, enfermedad inflamatoria intestinal o que toman antiácidos suelen ser más vulnerables.

También se observa mayor incidencia en adultos jóvenes, probablemente porque son los viajeros que suelen tomar menos precauciones.

### Causas más frecuentes

La diarrea del viajero suele estar [causada por la ingestión de agua o alimentos contaminados](#). En el caso del agua, no sólo por la que se bebe sino también por la del hielo añadido a las be-



En las zonas marcadas como 'de alta incidencia', la incidencia de la diarrea del viajero supera el 20%. En las zonas de incidencia media, oscila entre 8 y 20%. Y en las zonas de baja incidencia, está por debajo de 8%.

bidas. Excepcionalmente, también por la que se usa para el lavado de dientes o la ducha. Si es posible, conviene usar agua embotellada para la higiene bucodental.

En la mayoría de los casos, los problemas gastrointestinales son producidos por bacterias, sobre todo por *Escherichia coli* enterotoxigénica, aunque también *Shigella*, *Campylobacter* y *Salmonella*, por orden de importancia.

Hay algunos casos debidos a parásitos y, en menor medida, a virus. Entre los parásitos, destacan *Cyclospora cayetanensis* y *Giardia lamblia*.

Entre los virus, son populares los norovirus, conocidos también como “los virus de los crucesos”. No es raro que produzcan brotes de gastroenteritis con cientos de afectados en este tipo de viajes.



### **Hidratación siempre, antibióticos solo en casos graves**

La diarrea del viajero suele producir un cuadro clínico leve (aunque muy molesto) y autolimitado. Normalmente es suficiente con controlar la hidratación y seguir una dieta blanda y astringente.

Ocasionalmente, puede aparecer una patología grave, dependiendo del microorganismo y de la persona afectada. Es importante controlar la evolución de la enfermedad en niños, ancianos, embarazadas o personas con patologías previas, especialmente las inmunodeprimidas.

El uso de medicación reductora de los movimientos y secreciones intestinales no está aconsejado en todos los casos.

No es conveniente usar antibióticos a no ser que haya complicaciones (y, preferiblemente, bajo supervisión médica). Por ejemplo, si aparecen sangre y mucosidad en las heces acompañados de fiebre elevada. Hasta hace poco se usaban las quinolonas, pero la resistencia está aumentando, además de que están desaconsejadas para niños y embarazadas. Actualmente, el antibiótico de elección es la azitromicina.

La resistencia a antibióticos es un grave problema sanitario, por lo que no deben tomarse a menos que sea imprescindible. Además, los antibióticos alteran la microbiota intestinal. Investigadores de la Universidad de Alicante han diseñado una molécula que actúa específicamente contra *E. coli* y no tiene efecto contra otras bacterias.

### **Más vale prevenir**

En el caso de la diarrea del viajero, la prevención es el mejor tratamiento. Es importante que la persona que viaja conozca cómo evitar contraer la enfermedad. También debe saber cómo autodiagnosticarse y tratarse, en caso de que viaje a zonas donde no haya asistencia médica disponible.

La correcta higiene de manos, especialmente cuando se preparan alimentos, es uno de los factores fundamentales. Como también lo es evitar los *buffets* y los alimentos crudos (ensaladas, por ejemplo). Conviene pelar la fruta justo antes de comerla y beber únicamente líquidos embotellados y con el cierre intacto.



## Cooperación para el desarrollo

¿La “diarrea del viajero” no afecta a los habitantes del país de destino? Lo cierto es que sí, pero normalmente ellos sufren estas infecciones cuando aún están en la infancia.

Según la Organización de Naciones Unidas, alrededor de mil niños mueren diariamente por enfermedades diarreicas asociadas a la falta de higiene. El número de enfermos es muy superior. Al llegar a la edad adulta, su sistema inmune ya se ha adaptado y les protege de posteriores infecciones por estos microorganismos.

Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible está garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos. Los denominados “Programas WASH” (en inglés, ‘agua, saneamiento e higiene’) son fundamentales para mejorar la situación. El acceso a agua potable y la promoción del lavado de manos romperían el ciclo de transmisión.

Entre otras cosas es necesario construir letrinas, redes de alcantarillado etc., y evitar el riego de vegetales de consumo crudo con aguas sin depurar. La cooperación de organismos estatales y organizaciones no gubernamentales es fundamental.

La salud es una cuestión global. Lo que se haga para contribuir a mejorar las condiciones sanitarias en los países en vías de desarrollo redundará en beneficio de todos.

# Prevención...

**World Health Organization**

## VECTOR-BORNE DISEASES

**VECTORS MAY BE A THREAT TO YOU, AT HOME AND WHEN TRAVELLING**

**VECTORS** ARE SMALL ORGANISMS THAT CARRY SERIOUS DISEASES

COMMON VECTORS: MOSQUITOS, SANDFLIES, TICKS

**WITH JUST 1 BITE** they can transmit diseases such as:

- Malaria
- Dengue
- Zika
- Lyme disease
- Yellow fever
- Japanese encephalitis

**TAKE SIMPLE MEASURES TO PROTECT YOURSELF AND YOUR FAMILY**

- Get vaccinated against yellow fever and Japanese encephalitis
- Install window screens
- Use insect repellent
- Sleep under an insecticide-treated bed net
- Get rid of stagnant water from places where mosquitoes breed, such as in old containers, flower pots and used tyres
- Wear light-coloured, long-sleeved shirts and trousers

For more information, contact your health-care professional

Organización Mundial de la Salud (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](mailto:reporteepidemiologicocoba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.