

## CÓRDOBA

- Ciudad de Córdoba: Confirmaron un nuevo caso de viruela símica
- Villa Las Rosas: Alertan por un caso de botulismo

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de neumonía

## AMÉRICA

- Bolivia: Primer caso de rubéola en más de 15 años

- Estados Unidos: La ciudad de New York declaró a la viruela símica una emergencia de salud pública
- México: La leishmaniosis está causando estragos en poblaciones pobres de La Chontalpa, Tabasco
- Perú: Inician vacunación antirrábica humana preexposición en comunidades indígenas de Junín

## EL MUNDO

- España: Un brote de norovirus detectado en Almería afecta ya a 96 personas
- República Democrática del Congo: Campañas de vacunación de emergencia para hacer frente a los brotes de sarampión

- Tanzania: Un brote de leptospirosis en la Región de Lindi causó 20 casos con tres muertes
- Zimbabwe: Situación epidemiológica del sarampión en el Distrito de Mutasa
- Aumentan los casos de hepatitis E con el cambio climático
- Millones de vidas en riesgo mientras el progreso contra el sida se muestra titubeante
- Confirmaron las primeras muertes por viruela símica en países no endémicos

### 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

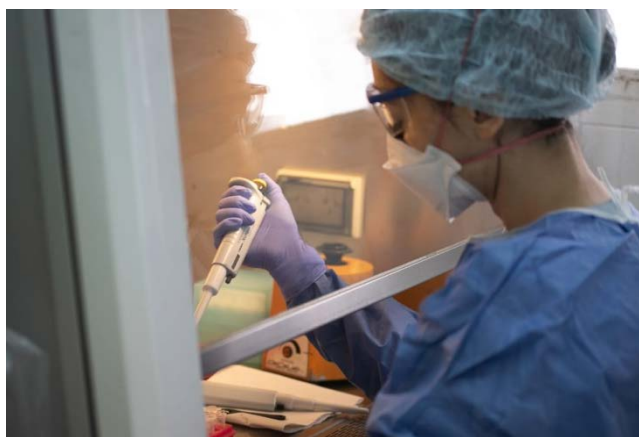


Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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.

El Ministerio de Salud de la Provincia informó que se confirmó el diagnóstico de viruela símica en un hombre de 41 años de edad que reside en la ciudad de Córdoba. El caso fue notificado por la Dirección de Epidemiología de la Municipalidad y sus estudios realizados por el Laboratorio Central de la Provincia y confirmados por la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán'.



El Área de Epidemiología de la provincia detalló que la persona comenzó con síntomas el 18 de julio, presentando febrícula, cefalea y lesiones umbilicadas en la piel. Según las investigaciones realizadas por el municipio, el paciente no tiene antecedentes de viaje y no se ha logrado identificar el contacto del caso con una persona que cursaba la infección ni con viajeros. Asimismo, es importante aclarar que la investigación epidemiológica sigue en curso.

La persona se encuentra realizando aislamiento domiciliario y en buen estado de salud, evolucionando favorablemente. Los controles y seguimientos serán realizados por el equipo de Salud del municipio acompañados por el de la provincia.

Si bien se trata de una zoonosis, en Argentina y en la actualidad la transmisión persona a persona es la que cobra relevancia. Esta afección es causada por el virus de la viruela símica, que pertenece a la familia de los ortopoxvirus.

El contagio de una persona a otra puede ocurrir por contacto estrecho con secreciones de las vías respiratorias, o lesiones en la piel de quien cursa la infección o con objetos contaminados recientemente con los fluidos de una persona infectada o materiales de la lesión. El contacto sexual constituye un modo probable de transmisión a través del contacto íntimo con lesiones cutáneas infecciosas. Asimismo, puede ocurrir contagio por inoculación o a través de la placenta.

El periodo de incubación generalmente es de 6 a 16 días, pero puede variar entre 5 y 21 días.

En cuanto a los síntomas, durante el periodo de invasión (hasta el día 5), puede presentarse fiebre, dolor de cabeza intenso, inflamación de los ganglios linfáticos, dolor muscular y cansancio. Entre uno o tres días luego del inicio de la fiebre, aparecen distintas fases del exantema.

Generalmente se presentan primero en la cara y luego se extiende al resto del cuerpo. Las zonas más afectadas son el rostro (en 95% de los casos), las palmas de las manos y las plantas de los pies (en 75% de los casos). Ante la presencia de estos síntomas es clave realizar una consulta médica.

Estos signos pueden durar de 14 a 21 días, y la enfermedad suele auto eliminarse. El grupo más vulnerable es el de los niños, de acuerdo al grado de exposición al virus, al estado de salud y al tipo de complicaciones que puedan aparecer.

Para prevenir esta enfermedad es necesario evitar el contacto físico estrecho y/o íntimo con personas desconocidas en áreas con circulación del virus y/o con quienes hayan contraído el virus o quienes hayan estado en contacto con pacientes confirmados para viruela. El aislamiento de los pacientes y de aquellos que se identifiquen como contactos estrechos es fundamental para evitar la transmisión, por eso se recuerda la importancia de la consulta temprana para el diagnóstico precoz.

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) informó a la población que la Dirección General de Control de la Industria Alimenticia, perteneciente al Ministerio de Industria, Comercio y Minería del Gobierno de la provincia de Córdoba, junto con los municipios de Villa Las Rosas y Villa Dolores se encuentran trabajando en la investigación de un caso de botulismo en una mujer de 47 años, asociado al consumo de un producto de la marca 'A Pleno', elaborado en la localidad de Villa Las Rosas.



Atento a ello y, a fin de proteger la salud de los consumidores, recomendó a la población, a modo preventivo, que se abstenga de consumir todos los productos marca 'A Pleno'. En caso de haberlo hecho y presenten alguno de los síntomas iniciales como náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, visión borrosa, visión doble, boca seca, dificultad para hablar y tragar, realicen una consulta médica inmediatamente. Asimismo, quienes tengan en su poder los productos para su expendio, cesar su comercialización.

El director del Hospital Regional de Villa Dolores, Juan Uez, informó que “el estado de la mujer es muy grave, está con una neumonía bilateral y asistencia respiratoria mecánica, por lo que es imposible realizar su traslado, porque su estado es muy delicado”.

Gonzalo Larghi, director de Bromatología de la Municipalidad de Villa Las Rosas dijo que se llevan adelante las tareas preventivas tanto en esa localidad como en Villa Dolores tras el caso. Según explicó, el municipio está realizando tareas preventivas para evitar el surgimiento de otros casos. Además, aclaró que el producto que consumió la mujer estaba vencido.

“Exigimos análisis de rutina de laboratorios de cada producto que se vende y además analizamos la elaboración”, dijo el funcionario.

---

El botulismo es una enfermedad producida por la bacteria *Clostridium botulinum*, la cual, en condiciones ambientales adversas, adopta una forma latente (espora botulínica) capaz de germinar y producir sustancias altamente tóxicas para el sistema nervioso (neurotoxina botulínica).

El botulismo clásico o alimentario es una intoxicación grave producida por la ingestión de la toxina preformada en los alimentos contaminados. No se puede ver, oler o sentir el gusto de la toxina botulínica.

La incidencia del botulismo es baja, pero la tasa de mortalidad es alta si no se realiza un diagnóstico precoz y se administra la correspondiente antitoxina en forma temprana. El botulismo no se transmite de persona a persona.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son el resultado de la acción de la neurotoxina sobre el sistema nervioso. Los síntomas iniciales de la intoxicación son náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, visión borrosa, visión doble, boca seca, dificultad para hablar y tragar.

Los elaboradores de alimentos deben garantizar que sus productos alimenticios se procesen adecuadamente para garantizar la inocuidad (estrictos procesos térmicos, valores de pH apropiados en los productos finales y el uso prudente de conservantes). También durante el transporte y el almacenamiento los productos alimenticios deben ser manipulados de manera adecuada para evitar el crecimiento de bacterias y la formación de toxinas.

Las esporas de *C. botulinum* pueden existir en el polvo y en el suelo, y contaminar ciertos alimentos. Además, las verduras, las especias, las hierbas, los téis y la miel pueden contener naturalmente esporas de *C. botulinum*.

Las esporas de *C. botulinum* no resultan dañinas para un individuo sano, pero en los niños menores de un año pueden originar el llamado botulismo infantil o botulismo del lactante. Cuando los bebés consumen esporas botulínicas, ellas infectan, germinan y

liberan la toxina en el colon, provocando serios riesgos para su salud. Los síntomas observados incluyen constipación, letargo, falta de apetito, falta de expresión en el rostro, dificultad para tragar y, ocasionalmente, falla respiratoria.

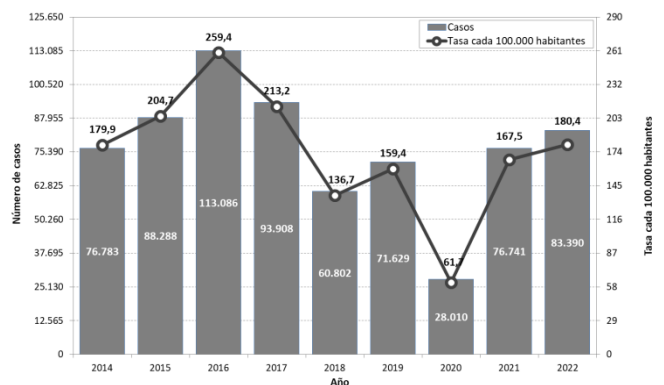
Algunos padres endulzan el chupete de sus bebés en miel. Esta práctica incrementa el riesgo de contraer la enfermedad en los menores de un año, ya que recién a esa edad desarrollan la flora intestinal del adulto, capaz de evitar el crecimiento de las esporas de *C. botulinum* y la generación de toxinas.

A principios de 2022, tres personas murieron y otras 18 resultaron intoxicadas debido a un brote de botulismo que se registró en la localidad de Comandante Andresito, provincia de Misiones. El brote se originó luego de que una persona cazara un venado y con su carne, mezclada con carne de cerdo, elaborara chorizos ahumados, en condiciones antihigiénicas. El alimento fue entregado a conocidos, no comercializado.

En marzo de este año, en el barrio porteño de Boedo, dos mujeres resultaron intoxicadas tras consumir una ensalada rusa y un matambre. Los médicos que las atendieron confirmaron que se trataba de botulismo.

En el año 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 26, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) 83.390 casos de neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 180,4 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos de las primeras 26 SE de los últimos nueve años, se observa que los que presentaron mayor número de notificaciones fueron 2016 y 2017, a partir de los cuales se observa una tendencia en descenso, aunque con un incremento moderado en 2019. A partir de 2021, los casos vuelven a incrementarse, alcanzando niveles similares a los pre-pandémicos.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2022, hasta semana epidemiológica 26. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



*BOLIVIA*

PRIMER CASO DE RUBÉOLA EN MÁS DE 15 AÑOS

*28/07/2022*

Bolivia registró un caso de rubéola después de 16 años, informaron el 29 de julio autoridades de salud al anunciar una campaña masiva de vacunación desde agosto próximo.

“Después de una serie de pruebas se llegó a confirmar, dando por positivo el caso de rubéola en una paciente de 31 años”, informó Luis Alberto Suárez, director del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Beni.

El funcionario explicó que la paciente es una embarazada y que se rastrea con cuántas personas tuvo contacto, pues el virus se transmite a través de estornudos, tos o el contacto con superficies contaminadas.

El caso se registró en la ciudad de Trinidad, capital del departamento de Beni, de unos 166.200 habitantes. La paciente fue aislada y las autoridades de salud cerraron un perímetro de cinco manzanas de su domicilio. Suárez anunció “una campaña masiva de vacunación” desde el 10 de agosto próximo hasta fin de mes. Los primeros en ser inmunizados serán los niños de uno a siete años de edad, luego enfermeras, personal de las Fuerzas Armadas y otros.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró en 2015 a Bolivia libre de rubéola, pues el último caso se registró en 2006.

En noviembre de 2021, la organización alertó que todo el continente americano corría un “alto riesgo” de brotes de enfermedades prevenibles como poliomielitis, rubéola y sarampión.

En 2020, también se presentaron al menos dos casos de sarampión en el departamento de Santa Cruz tras 20 años de silencio epidemiológico.

En aquel momento, las autoridades de sanidad hicieron revisión de la población en riesgo, principalmente en los menores de 5 años de las zonas afectadas, además del refuerzo de la vacunación de esa enfermedad para evitar más casos.

Aquel brote de sarampión se explicó en parte por la emergencia sanitaria por la COVID-19 y la cuarentena rígida que ese entonces se aplicó con restricciones de circulación como respuesta a la etapa inicial de la pandemia.

La OPS dio su alerta debido a la falta de vacunación de rutina por la pandemia de COVID-19.

Bolivia, con una población de 11,5 millones de habitantes, acumula desde el inicio de la pandemia más de 1 millón de contagios y más de 22.000 fallecidos.

Se encuentra en el pico de una nueva ola de infecciones, con más de 6.000 enfermos diarios en promedio.



30/07/2022

El alcalde de la ciudad de New York, Eric Leroy Adams, y el comisionado del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de New York (DOHMH), Dr. Ashwin Vasan, declararon hoy una [emergencia de salud pública debido al brote de viruela símica](#) y emitieron la siguiente declaración:

“Hoy declaramos la viruela símica una emergencia de salud pública en la ciudad de New York. En las últimas semanas, nos hemos movido lo más rápido posible para ampliar el alcance y el acceso a vacunas y tratamientos para mantener a las personas seguras. Esta declaración, que entra en vigencia de inmediato, permitirá que el DOHMH emita órdenes del comisionado de emergencia en virtud del Código de Salud de la Ciudad de New York y modifique las disposiciones del Código de Salud para proporcionar medidas que ayuden a frenar la propagación. También estamos trabajando con socios en todos los niveles del gobierno para obtener tantas dosis adicionales como sea posible, lo más rápido posible, para que podamos proteger a los neoyorquinos durante este brote creciente.

“La ciudad de New York es actualmente el epicentro del brote, y estimamos que aproximadamente 150.000 neoyorquinos pueden estar actualmente en riesgo de exposición a la viruela símica. Continuaremos trabajando con nuestros socios federales para asegurar más dosis tan pronto como estén disponibles. Este brote debe abordarse con urgencia, acción y recursos, tanto a nivel nacional como mundial, y esta declaración de emergencia de salud pública refleja la gravedad del momento”.

Estado	Casos	Estado	Casos
New York	1.345	Rhode Island	19
California	799	Alabama	16
Illinois	419	South Carolina	16
Florida	373	Nevada	14
Georgia	351	Puerto Rico	14
Texas	351	Wisconsin	13
District of Columbia	218	Hawaii	10
Pennsylvania	125	Iowa	10
Washington	120	Nebraska	10
New Jersey	118	Missouri	9
Maryland	117	New Hampshire	9
Massachusetts	116	Oklahoma	9
Virginia	76	Kentucky	8
Oregon	58	New Mexico	7
Colorado	53	Arkansas	4
North Carolina	53	Delaware	4
Arizona	50	Idaho	4
Indiana	49	Mississippi	3
Louisiana	38	West Virginia	3
Connecticut	33	Alaska	1
Minnesota	33	Kansas	1
Michigan	28	Maine	1
Utah	27	North Dakota	1
Tennessee	26	South Dakota	1
Ohio	23	<b>Total</b>	<b>5.186</b>

Casos confirmados de viruela símica, según estado de residencia de los casos. Estados Unidos. Año 2022, hasta el 29 de julio. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

A última hora de la noche del 29 de julio, la gobernadora del estado de New York, Kathleen Courtney Hochul emitió una orden ejecutiva por la que se declaraba una emergencia estatal por desastre en respuesta al brote. Además de permitir que el estado actúe con mayor rapidez en la obtención de los suministros necesarios, también permite a los profesionales de la salud tomar más medidas que permitan vacunar a más neoyorquinos.

Según el estado, ahora más profesionales de la salud podrán administrar las vacunas contra la viruela símica, ya que los servicios médicos de urgencia, los farmacéuticos y las parteras podrán proporcionar las dosis. Los proveedores de atención sanitaria también enviarán ahora los datos de las vacunas al departamento de salud del estado, ya que la declaración de emergencia debería reducir algunos de los trámites burocráticos y acelerar los esfuerzos de reabastecimiento.

La declaración de emergencia se produce cuando el estado registra 1.345 casos hasta el 29 de julio, según el Departamento de Salud del Estado de New York. La gran mayoría de esos casos se encuentran en la ciudad de New York, con al menos 1.289 casos, lo que supone un aumento de algunas docenas de casos después de que el informe de los días anteriores aumentara en casi 200 con respecto a los dos anteriores. Ese total, del que se cree que no se ha informado lo suficiente, sigue representando una cuarta parte del creciente número de casos a nivel nacional. Un nuevo desglose de los presuntos positivos refleja que la mayor parte de los casos se dan en personas que viven en Manhattan, donde se ha descubierto algo más de 50% de los casos.



Además del aumento de los casos de dengue, COVID-19, depresión y la llegada de la viruela símica, ahora se ha disparado el contagio de la leishmaniosis cutánea, principalmente en la región de La Chontalpa.

Esta enfermedad es causada por el protozoo *Leishmania*, que es transmitido por la picadura de flebótomos hembra infectados, que necesitan ingerir sangre para producir huevos, y cuyo hábitat principal es la zona de cacaotales de municipios como Cunduacán, Comalcalco, Cárdenas, Paraíso y Huimanguillo.

De acuerdo con datos del Boletín Epidemiológico de la Secretaría de Salud, hasta la semana epidemiológica 28 de 2022, Tabasco es la segunda entidad con más casos de esta enfermedad, con 158 infectados, 51 mujeres y 108 hombres. Llama la atención que hubo un aumento de casos de 46% con respecto a 2021, cuando se registraron 108 enfermos.

La Jurisdicción Sanitaria de Cunduacán reveló que ese municipio ocupa el primer lugar en casos debido a que los cacaotales siguen siendo el hábitat perfecto para el flebótomo causante de este mal.

En el país la Secretaría de Salud reporta 678 enfermos, donde Quintana Roo es el líder, con 380 casos, y en tercer sitio se ubica Campeche, con 69.





Con el objetivo de proteger la salud de la población expuesta a la rabia silvestre, el Ministerio de Salud de Perú inició el plan de vacunación antirrábica humana de preexposición en las comunidades indígenas priorizadas de la región Junín que se encuentran en alto riesgo de transmisión de la enfermedad causada por la mordedura de animales.

La intervención es gratuita y se realiza en un total de 59 comunidades nativas de 10 distritos de las provincias de Chanchamayo y Satipo para lograr proteger a las personas a partir de los 6 meses de edad.



“La meta es proteger a 3.975 habitantes de las comunidades priorizadas de Junín, mediante la aplicación de tres dosis de vacuna antirrábica. La primera dosis es al contacto, la segunda a los siete días y la tercera a los 28 días”, señaló el coordinador del Componente de Zoonosis de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis del Ministerio de Salud, José Luis Bustamante Navarro.

El funcionario explicó que los pobladores están expuestos al riesgo constante de accidentes por mordedura de murciélagos hematófagos, principalmente, y de otros animales silvestres debido a la vulnerabilidad de sus viviendas, que permiten la entrada de éstos, y a las actividades económicas de caza, recolección, ganadería entre otros, que realizan en zonas de riesgo y sin protección.

Agregó que las jornadas de vacunación están acompañadas por las acciones de sensibilización para transmitir los mensajes preventivos y la importancia de completar las tres dosis de la vacunación antirrábica, través de charlas informativas, reuniones con los comuneros y difusión por medios de comunicación.

“También incidimos en que la comunidad conozca y ponga en práctica la triada preventiva, que consiste en cumplir tres pasos esenciales ante un caso de mordedura: lavar la herida, en lo posible identificar al animal mordedor y acudir al establecimiento de salud para recibir atención médica inmediata. El virus de la rabia es mortal”, apuntó.

En esta línea, Bustamante Navarro invocó a la población expuesta a evitar el contacto con animales silvestres, usando mosquiteros y protegiendo la vivienda para evitar su entrada, así como evitar dormir a la intemperie sin protección.

Este plan de vacunación antirrábica humana de preexposición que impulsa el Ministerio de Salud busca proteger a una población objetivo de 24.427 personas, de las cuales 23.596 personas recibirán tres dosis y 831 personas completan su esquema de vacunación de campañas anteriores.

El Servicio de Salud Pública de la Junta de Andalucía en Almería investiga un brote de norovirus en un establecimiento hotelero del municipio de Mojácar (Almería) y que afecta ya a 96 personas.

Así lo informaron fuentes de la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía, quienes detallaron que todos los afectados muestran sintomatología leve y no requieren de hospitalización, con una duración limitada de 24 a 48 horas.

Los primeros datos de los estudios realizados con muestras de los pacientes que han acudido a los centros de salud apuntan a que los síntomas, de carácter “leve”, que describen como náuseas, diarrea y vómitos se deben a un norovirus.

Según el delegado territorial de Salud en funciones, Juan de la Cruz Belmonte, el brote se detectó el 27 de julio en personas relacionadas con el establecimiento hotelero de Mojácar, al tiempo que precisó que, de momento, los afectados se elevan a 96.

“Los estudios indican que se trata de un proceso viral el que está produciendo esta sintomatología, aunque continuamos con la investigación para determinar su origen”, indicó.

Destacó que, por el momento, son síntomas “menores y de carácter leve”, y a la espera de ver cómo evoluciona, señaló que ninguno de los enfermos requirió ingreso en el Hospital Comarcal La Inmaculada, en Huércal-Overa.

Fuentes sanitarias indicaron que la actuación de Salud Pública se inició el 27 de julio tras el aviso de los profesionales sanitarios del centro de salud de Mojácar, quienes se alertaron por la afluencia de personas que referían molestias estomacales, así como vómitos y diarrea.

Hasta los apartamentos Best Pueblo Indalo de la cadena Best Hotels se desplazaron un epidemiólogo y un veterinario para investigar, localizar y aislar el origen del brote, tomar muestras y establecer las medidas profilácticas que han incluido la desinfección de todas las zonas comunes del establecimiento hotelero.

Fuentes de la Delegación Territorial de Salud y Familias precisaron que se ha procedido a la desinfección de todas las superficies y zonas comunes de estos apartamentos, a la vez que subrayaron que la sintomatología es leve, con síntomas que “se pueden sobrellevar en el domicilio”, y que por ahora no hay nadie hospitalizado.

Por su parte, fuentes de la cadena Best Hotels señalaron que, en cuanto se detectaron los primeros casos, se activó el protocolo establecido y se contactó con las autoridades sanitarias para realizar todas las pruebas necesarias.

Los síntomas más comunes son náuseas y vómitos, diarrea acuosa y dolor abdominal. No obstante, algunas personas también pueden presentar fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y/o musculares. A veces, la infección por norovirus no causa síntomas, pero las personas infectadas pueden seguir contagiando el virus a otras personas.

En este sentido, incidieron en que las mismas han concluido que los casos no están relacionados con “ningún tema alimentario” del establecimiento, algo que se ha podido acreditar además gracias a la trazabilidad que por ley deben tener los alimentos.

La autoridad sanitaria indicó que es posible que este virus no esté afectando sólo a los apartamentos, sino que probablemente tenga otros focos en la zona. Desde Best Hotels continúan con los protocolos y se han extremado las medidas sanitarias, además de ofrecer una dieta blanda a los clientes afectados.



En la República Democrática del Congo, los equipos de Médicos Sin Fronteras (MSF) se enfrentan a un número cada vez mayor de casos de sarampión en varias provincias del país. Aunque se puede prevenir fácilmente mediante la vacunación, el sarampión es peligroso, incluso mortal, especialmente en niños menores de cinco años. Para protegerlos, los equipos de la organización realizan campañas de vacunación de emergencia.

Según el Ministerio de Salud congoleño, desde enero hasta mediados de junio de 2022, se informaron más de 68.500 casos sospechosos y 1.002 muertes relacionadas con el sarampión en el país, más que el número total de casos registrado en todo 2021, pero en poco más de cinco meses. Han sido declaradas en epidemia 114 zonas sanitarias en 24 de las 26 provincias del país.

### **La vacunación sigue siendo insuficiente**

El resurgimiento regular de las epidemias de sarampión en la República Democrática del Congo se explica en gran medida por una cobertura de vacunación insuficiente. Las largas distancias que hay que recorrer para llegar a un centro de salud y la falta de medios para pagar el transporte, entre otras cosas, desalientan a muchos padres a vacunar a sus hijos. El transporte de vacunas a áreas remotas y el mantenimiento de la cadena de frío para garantizar un almacenamiento adecuado también son importantes desafíos logísticos. A esto se suman otros factores, entre ellos el paro de enfermeros que se extendió desde agosto de 2021 hasta febrero de 2022, que provocó la suspensión de las actividades de inmunización de rutina en muchos centros de salud.

Los equipos de emergencia de MSF se despliegan para apoyar al Ministerio de Salud cuando se informa un rápido aumento de casos en un área, cuando las capacidades de respuesta locales son limitadas o el acceso es difícil, por ejemplo. Desde principios de año, estos equipos han vacunado contra el sarampión a más de 700.000 niños en 10 provincias de la República Democrática del Congo. Además de la vacunación, también brindan tratamiento a los niños enfermos.

Para frenar la propagación del sarampión, se debe intensificar la respuesta de vacunación y establecer la atención gratuita de los casos de sarampión en las zonas declaradas como epidémicas por las autoridades. Pero también se debe prevenir la aparición de nuevas epidemias aumentando las coberturas de vacunación. Esto implica, en particular, acelerar la introducción de la segunda dosis de la vacuna antisarampionosa recomendada por las autoridades y respetar los calendarios de organización de las campañas masivas de vacunación complementaria. Uno de los desafíos es garantizar que se mantenga un esfuerzo de vacunación de rutina incluso cuando se responde a otras crisis y epidemias, como la COVID-19 y la enfermedad por el virus del Ébola.

Dos pacientes se presentaron el 5 y el 7 de julio de 2022 en el Centro de Salud de Mbekenyera, Consejo del Distrito de Ruangwa, Región de Lindi, con síntomas que incluyeron fiebre, hemorragia nasal, dolor de cabeza, tos con sangre y debilidad general. El Ministerio de Salud fue alertado por el Jefe oficial médico de la región de Lindi el 7 de julio de 2022 y se desplegó un equipo de respuesta rápida en el campo para seguir investigando y ayudar a controlar la enfermedad desconocida.

En general, se recolectaron y analizaron 18 muestras en el Laboratorio Nacional de Salud Pública y la Agencia del Laboratorio Veterinario de Tanzania, que resultaron negativas para enfermedad por el virus del Ébola, enfermedad por el virus de Marburg, influenza, fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, fiebre amarilla, fiebre chikungunya, fiebre del Nilo Occidental y fiebre del Valle del Rift. Sin embargo, se confirmaron 15 casos positivos de leptospirosis luego de más pruebas de laboratorio realizadas en el laboratorio de referencia de la Universidad de Agricultura de Sokoine. El último caso se notificó el 15 de julio de 2022. Dos pacientes permanecen hospitalizados.

Hasta el 19 de julio de 2022, se han notificado un total de 20 casos y tres muertes (tasa de letalidad de 15%). Se identificó un total de 15 contactos, ninguno de los cuales hasta ahora ha mostrado ninguno de los síntomas informados.

Las edades de los pacientes oscilaron entre 18 y 77 años, con una mediana de 45 años. La mayoría de los casos (n=15; 75%) tenían entre 31 y 60 años. Los hombres (n=15; 75%) se vieron tres veces más afectados que las mujeres. Todos los casos fueron campesinos detectados en Naungo Hamlet, distrito de Kilwa, donde vivían en un campamento temporal para actividades agrícolas. Hasta el momento se han visto afectados tres distritos, todos en la Región de Lindi: Ruangwa (17 casos; 85%), Kilwa (dos casos; 10%) y Tandahimba (un caso; 5%).

### Acciones de salud pública

- Un comunicado de prensa oficial elaborado el 18 de julio de 2022 por el Ministerio de Salud notificó públicamente el brote y se establecieron mecanismos de coordinación a nivel nacional y regional.
- Se está desarrollando un plan de respuesta con detalle presupuestario para el sector de la salud.
- Se desplegó un equipo multidisciplinario de respuesta rápida sobre el terreno y continúan las actividades de respuesta.
- Se han mejorado las actividades de vigilancia, incluidas las investigaciones epidemiológicas, y continúa la búsqueda activa de casos.
- Las actividades de sensibilización de los trabajadores de la salud sobre las definiciones de casos y la prevención de infecciones están en curso.
- Se han recolectado más muestras de fuentes humanas, animales y de agua para pruebas de laboratorio.
- Los casos han sido aislados y se les ha brindado atención médica adecuada. Se dispone de medicamentos y equipo médico, incluido el equipo de protección personal.

- Se está brindando educación en salud a la comunidad.

### **Interpretación de la situación**

Tanzania informó previamente un brote de leptospirosis en 2014, en el consejo del distrito de Buhigwe, Región de Kigoma. Aunque queda por determinar la fuente de la enfermedad, todos los casos fueron campesinos que vivían temporalmente en la aldea de Naungo. Naungo se caracteriza por tierras fértiles que atraen a agricultores de otras áreas que hacen asentamientos temporales mientras cultivan. El área tiene una afluencia estacional y servicios sociales muy limitados, incluidos el suministro de agua, el saneamiento y la higiene, y los servicios de atención médica, por lo que se infiere que muchas otras personas pueden estar expuestas al mismo ambiente contaminado. Por lo tanto, las actividades de vigilancia deben reforzarse especialmente a nivel comunitario para detectar de manera temprana y rápida cualquier caso nuevo. Además, las intervenciones de infección, prevención y control a nivel comunitario y de atención de la salud, así como la educación sanitaria comunitaria, serán fundamentales para controlar el brote.

Continúa desarrollándose un brote de sarampión, que ha estado en curso en Zimbabwe desde el 10 de abril de 2022, aunque con una disminución en los casos nuevos en las últimas dos semanas. El primer caso se detectó después de que un trabajador de la salud de la aldea notificara al equipo de salud del distrito de Mutasa sobre una presunta muerte por sarampión en la comunidad de la aldea de Makabvepi.

Tras este primer indicio en la comunidad, los trabajadores de la salud realizaron una investigación preliminar el 11 de abril que confirmó otra presunta muerte y varios niños con síntomas similares a una erupción corporal. La mayoría de los casos sospechosos y las dos muertes pertenecían a un grupo religioso que no acepta la inmunización. Las muertes se registraron en el área de Guta, el pueblo de Chidzembe y el pueblo de Marange, ambos en el distrito de Mutasa. Los informes anecdóticos de la comunidad también confirmaron casos anteriores de sarampión en marzo de 2022. En particular, hubo una reunión masiva que supuestamente ocurrió en la primera semana de abril que podría haber alimentado la propagación del virus en una comunidad ya comprometida con una cobertura de inmunización subóptima.

Se recogió un total de 26 muestras de sangre de casos sospechosos entre el 12 y el 13 de abril en las aldeas de Roli y Makabvepi y se confirmó el 22 de abril que 13 muestras (33,3%) de los pacientes eran positivas para sarampión mediante IgM y 11 negativas para rubéola. Posteriormente, se notificaron más casos en las comunidades y en los centros de salud del distrito de Mutasa, que limita al este con Mozambique.

Hasta el 19 de julio de 2022, se han identificado un total de 421 casos en el distrito de Mutasa. De estos, 55 (13,0%) están vacunados contra el sarampión, 330 (78,4%) no están vacunados y 36 (8,6%) tienen estado vacunal desconocido. Hasta el momento se registró un total de 38 muertes, lo que arroja una tasa de letalidad de 9,0%. De las 38 muertes, 29 no estaban vacunadas, mientras que nueve tenían un estado de vacunación desconocido.

El grupo de edad de 1-4 años (tasa de ataque de 1,2 cada 1.000 habitantes) fue el más afectado, mientras que los mayores de 15 años fueron los menos afectados (tasa de ataque de 0,01 cada 1.000 habitantes). De los casos notificados, 56,0% son hombres y 44% son mujeres.

El Ministerio de Salud está realizando actualmente una campaña reactiva contra el sarampión dirigida al grupo de edad de 6 meses a menos de 15 años con una población proyectada de 78.968 niños. Se están realizando vacunaciones en todas las instalaciones estáticas con el apoyo de seis equipos móviles. Se movilizaron dosis de vacunas de los almacenes provinciales de vacunas y se distribuyeron dosis adicionales de los almacenes centrales de vacunas.

### **Acciones de salud pública**

- Todos los distritos de la provincia de Manicaland fueron notificados del brote y se les recomendó estar en alerta máxima y fortalecer la vigilancia del sarampión. Los distritos actualizaron su plan de preparación para epidemias. Las actividades de respuesta están actualmente en marcha en colaboración con socios clave.
- La vigilancia comunitaria se ha fortalecido a través de la sensibilización de todos los trabajadores de salud de las aldeas y los jefes de aldea y se están utilizando definiciones de casos

e la comunidad. Se está realizando una búsqueda activa de casos en todos los establecimientos de salud del distrito.

- En respuesta al brote, los líderes nacionales, provinciales y distritales están implementando una campaña de vacunación contra el sarampión en el distrito de Mutasa. Las actividades complementarias de inmunización contra el sarampión y la rubéola se iniciaron el 25 de abril en la parte norte del distrito, donde se notificaron la mayoría de los casos.
- Los distritos han desarrollado sus microplanos y su alcance basado en establecimientos complementan la vacunación estática basada en establecimientos. Los equipos móviles de extensión de los distritos y los establecimientos de salud han ido más allá para restablecer los puntos de extensión con la comunidad.
- Los establecimientos están ofreciendo educación sobre la salud a todas las personas que procuran servicios de salud al mismo tiempo que brindan información sobre el brote de sarampión.
- Se han llevado a cabo reuniones de participación comunitaria, con líderes comunitarios, trabajadores de salud comunitarios/aldeanos y trabajadores de atención médica. En general, las actividades de movilización social están en curso, realizando actividades de sensibilización puerta a puerta.
- Las definiciones de casos de sarampión y las pautas de manejo de casos se han distribuido a todos los establecimientos de salud.

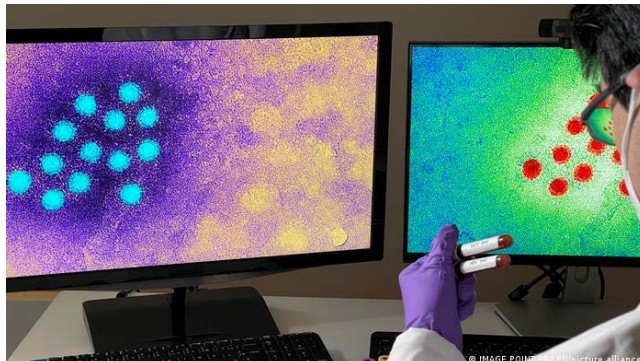
### **Interpretación de la situación**

Zimbabwe está enfrentando un brote de sarampión por primera vez en 12 años. Debido a las restricciones de la COVID-19 en varios puntos desde marzo de 2020, el acceso a los servicios de inmunización para enfermedades prevenibles por vacunación se ha visto afectado negativamente con una caída significativa en las coberturas de sarampión y otros antígenos de vacunación. Según una evaluación de riesgo de sarampión realizada recientemente, 10 distritos de 62 están en alto riesgo de inmunidad de la población y otros 20 distritos están en riesgo medio. También se ha informado un número inusualmente alto de casos sospechosos de sarampión en los distritos de Hwedza, Makonde, Zvishavane y Centenary. El Ministerio de Salud está realizando actualmente una vacunación masiva en el distrito de Mutasa en respuesta al brote de sarampión. La comunicación de riesgos y la participación de la comunidad sigue siendo clave para la prevención y contención del brote y la necesidad de una implementación continua de las actividades de respuesta.



En todo el mundo aumentan las inundaciones y las sequías, así como los casos de hepatitis E. Las malas condiciones de higiene son la principal causa de esta enfermedad infecciosa.

En países industrializados, como Estados Unidos o Alemania, se conocen sobre todo la hepatitis B y C. Ambas variantes son transmitidas a través de relaciones sexuales. En comparación, la hepatitis E juega un papel mucho menor.



Sin embargo, miles de millones de personas en el mundo, que viven sin instalaciones sanitarias en buenas condiciones, padecen esta infección del hígado. El virus de la hepatitis E es transmitido, sobre todo, a través de agua contaminada con materia fecal. Los expertos calculan que en los próximos años la enfermedad se extenderá más con el aumento de las temperaturas.

### **Así se extiende la hepatitis E**

La hepatitis E se transmite sobre todo en países del sur y el este de Asia, donde a menudo se registran graves inundaciones. En India, por ejemplo, los casos aumentan en los meses del monzón, entre junio y septiembre.

“En caso de una inundación, el agua puede entrar en los sistemas cloacales. Y al retroceder, el agua se contamina con excrementos y puede transmitir la hepatitis E”, explicó Ayodele Majekodunmi, epidemióloga en la Universidad de Ghana.

“Asimismo, las sequías aumentan la posibilidad de contraer esa enfermedad”, dijo Majekodunmi, que investigó la expansión de la hepatitis E en África Subsahariana.

“Cuando un río se seca, las fuentes de agua se concentran en determinadas áreas. La gente ya no puede abastecerse de agua corriente. Solo quedan pocas charcas, y todos usan las mismas fuentes de agua, y, así, estas se contaminan más fácilmente”, señaló.

Los síntomas de una infección suelen ser una fiebre ligera, falta de apetito, cansancio, náuseas y vómito. Después, las personas enfermas desarrollan ictericia. Por lo general, tarda entre dos y ocho semanas hasta que un paciente se recupere.

Los investigadores creen que, a raíz del calentamiento global, aumentarán las inundaciones. Sin embargo, aún no es posible decir si el cambio climático ya está jugando un papel en la extensión de la hepatitis E.

Según la organización internacional Médicos Sin Fronteras, cada año unos 20 millones de personas contraen hepatitis E en el mundo. Y unas 44.000 mueren como consecuencia de esta infección. Si bien la tasa de mortalidad entre las personas jóvenes y sanas es baja, en el caso de mujeres embarazadas aumenta hasta 20%.

## **Una enfermedad subestimada**

En opinión de Majekodunmi, la sociedad mundial de médicos y farmacéuticas no le presta mucha atención a esta enfermedad. Esto probablemente se deba a la baja expansión de la hepatitis E en los países industrializados y la baja tasa de mortalidad.

“Algunas enfermedades simplemente son consideradas más importantes”, dijo la epidemióloga. “Tradicionalmente, las tres enfermedades grandes son la malaria, la tuberculosis y el VIH. Si uno investiga una de estas tres enfermedades, no tendrá problemas para recibir suficientes fondos para la investigación. Pero también hay otras enfermedades, que afectan sobre todo a los más pobres de manera desproporcionada. Por lo general, se trata de enfermedades transmitidas por aguas contaminadas”, agregó.

## **Los más pobres son los más afectados**

Majekodunmi subrayó que la gente de la clase media casi no se contagia con hepatitis E, sin importar que se trate de un nigeriano o alemán. La enfermedad se da sobre todo en lugares donde las condiciones de vida son muy malas, como en campamentos de refugiados o en zonas afectadas por crisis humanitarias y catástrofes climáticas.



Los nuevos datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) sobre la respuesta mundial al VIH revelan que durante los dos últimos años de la COVID-19 y otras crisis mundiales, el progreso contra la pandemia del VIH ha decaído, los recursos se han reducido y, como resultado, millones de vidas están en riesgo. El lanzamiento del nuevo informe, *En peligro*, se hará antes de la Conferencia Internacional sobre el Sida que tendrá lugar en Montreal, Canadá.

El número de nuevas infecciones disminuyó a nivel mundial solo 3,6% entre 2020 y 2021, el descenso anual más pequeño en las cifras de nuevas infecciones por el VIH desde 2016. Europa Oriental y Asia Central, Medio Oriente, el norte de África y América Latina llevan varios años experimentado un aumento de las infecciones anuales por el VIH. En Asia y el Pacífico, la región más poblada del mundo, los datos del ONUSIDA reflejan que ahora las nuevas infecciones por el VIH están aumentando en aquellos rincones donde habían empezado a disminuir. El incremento en el número de nuevas infecciones en estas zonas es, sin duda, alarmante. En África Oriental y Meridional, los rápidos avances de años anteriores se ralentizaron significativamente en 2021. No obstante, también hay datos positivos. Se observan descensos notables en las nuevas infecciones por el VIH en África Occidental y Central y en el Caribe, pero incluso en estas regiones la respuesta al VIH está amenazada por un recorte de los recursos.



En Asia y el Pacífico, la región más poblada del mundo, los datos del ONUSIDA reflejan que ahora las nuevas infecciones por el VIH están aumentando en aquellos rincones donde habían empezado a disminuir. El incremento en el número de nuevas infecciones en estas zonas es, sin duda, alarmante. En África Oriental y Meridional, los rápidos avances de años anteriores se ralentizaron significativamente en 2021. No obstante, también hay datos positivos. Se observan descensos notables en las nuevas infecciones por el VIH en África Occidental y Central y en el Caribe, pero incluso en estas regiones la respuesta al VIH está amenazada por un recorte de los recursos.

“Estos datos muestran que la respuesta mundial al sida peligr seriamente. El hecho de no estar progresando rápidamente significa que estamos perdiendo terreno, ya que la pandemia prospera aprovechándose de la COVID-19, los desplazamientos masivos y otras crisis. Tengamos siempre presentes los millones de muertes evitables que estamos intentando detener”, afirmó Winnie Byanyima, directora ejecutiva del ONUSIDA.

El titubeo del progreso significa que el año pasado se produjeron aproximadamente 1,5 millones de nuevas infecciones, más de un millón más que los objetivos globales.

Las marcadas desigualdades a nivel nacional y entre los países están frenando el progreso en la respuesta al VIH, y el VIH está ampliando aún más esas desigualdades.

Las nuevas infecciones se produjeron de forma desproporcionada entre las mujeres jóvenes y las adolescentes. De hecho, en el año 2021, en este grupo de población se produjo una nueva infección cada dos minutos. El impacto del VIH en las mujeres, especialmente en las mujeres y niñas jóvenes africanas, se produjo en medio de la interrupción de los servicios clave de tratamiento y prevención del VIH, cuando millones de niñas quedaron fuera de la escuela debido a pandemias y se registraron picos en las tasas de embarazos adolescentes y violencia de género. En África Subsahariana, las chicas adolescentes y las mujeres jóvenes tienen tres

veces más probabilidades de contraer el VIH que los chicos adolescentes y los hombres jóvenes.

Durante las interrupciones de los últimos años, los grupos de población clave se han visto especialmente afectados en muchas comunidades, con una prevalencia creciente en muchos lugares. Las desigualdades raciales están multiplicando exponencialmente los riesgos del VIH. En el Reino Unido y Estados Unidos, los descensos en los nuevos diagnósticos del VIH han sido mayores entre las poblaciones blancas que entre la gente negra. En países como Australia, Canadá y Estados Unidos, las tasas de adquisición del VIH son más altas en las comunidades indígenas que en las no indígenas.

Los datos del ONUSIDA han mostrado un riesgo creciente de nuevas infecciones entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en todo el mundo. A partir de 2021, los datos de poblaciones clave del ONUSIDA muestran que los HSH tienen 28 veces más riesgo de contraer el VIH en comparación con personas de la misma edad e identidad de género, mientras que las personas que se inyectan drogas tienen 35 veces más riesgo, los trabajadores sexuales 30 veces más riesgo y las mujeres transgénero 14 veces más riesgo.

Asimismo, el informe muestra que se están debilitando los esfuerzos para garantizar que todas las personas que viven con el VIH accedan al tratamiento antirretroviral que salva vidas. El número de personas en tratamiento contra el VIH tuvo en 2021 el crecimiento más lento en más de una década. Y aunque tres cuartas partes de todas las personas que viven con el VIH tienen acceso al tratamiento antirretroviral, este todavía se les niega a 10 millones de personas, y solo la mitad (52%) de los niños que viven con el VIH pueden acceder a medicamentos que salvan vidas. De este modo, la brecha en la cobertura del tratamiento del VIH entre niños y adultos está aumentando en lugar de estrecharse.

En 2021, la pandemia de sida se cobró, de media, una vida cada minuto, lo que llevó a 650.000 muertes por sida, pese a contar con antirretrovirales muy eficaces y herramientas para prevenir, detectar y tratar las infecciones oportunistas.

“Estas cifras revelan una voluntad política. ¿Nos preocupa capacitar y proteger a nuestras niñas? ¿Queremos detener las muertes por sida entre los niños? ¿Anteponemos el salvar vidas a la criminalización?”, preguntó Byanyima. “Si lo hacemos, entonces debemos recuperar el rumbo de la respuesta al sida”.

Hubo diferencias significativas entre los países. Entre los países con el mayor aumento en el número de nuevas infecciones por el VIH desde 2015 están: Filipinas, Madagascar, República del Congo y Sudán del Sur. Por otro lado, Sudáfrica, Nigeria, India y Tanzania experimentaron algunas de las reducciones más significativas en el número de infecciones por el VIH, incluso en medio de la COVID-19 y otras crisis. Algunos ejemplos de progreso apuntan a lo que requiere una respuesta eficaz a la pandemia, con algunos de los avances más importantes entre los que los servicios liderados por la comunidad, que permiten entornos jurídicos y políticos, y los servicios equitativos son los más claros.

Asimismo, en el informe se anticipan consecuencias devastadoras si no se toman medidas urgentes para abordar las desigualdades que impulsan la pandemia. También se demuestra que, por el camino actual, el número de nuevas infecciones anuales sería superior a 1,2 millones en 2025, el año para el que los Estados miembros de la Organización de Naciones Unidas se han fijado el objetivo de menos de 370.000 nuevas infecciones por el VIH. Eso significaría no solo faltar al compromiso respecto de las nuevas infecciones, sino superar la cifra más de tres veces. Millones de infecciones por el VIH evitables cada año hacen que cada vez sea más difícil y caro garantizar que las personas que viven con el VIH tengan acceso al

tratamiento que salva vidas y que se alcancen los objetivos para poner fin a la pandemia de sida para 2030.

Las conmociones mundiales, entre las que se incluyen la pandemia de la COVID-19 y la guerra en Ucrania, han exacerbado aún más los riesgos para la respuesta al VIH. Los reembolsos de deuda para los países más pobres del mundo alcanzaron a 171% de todos los gastos en sanidad, educación y protección social combinados, lo que ahogó las capacidades de los países para responder al sida. La financiación nacional para la respuesta al VIH en los países de bajos y medianos ingresos lleva dos años consecutivos disminuyendo. La guerra de Ucrania ha provocado un tremendo aumento en los precios de los alimentos mundiales, lo que no ha hecho sino empeorar la inseguridad alimentaria de las personas que viven con el VIH en todo el mundo, que se han visto abocadas a experimentar interrupciones en el tratamiento del VIH.

Justo cuando la solidaridad internacional y la necesidad de financiación son más necesarias que nunca, demasiados países ricos han decidido recortar la ayuda y, como consecuencia, los recursos para la salud mundial se han visto seriamente amenazados. En 2021, los recursos internacionales disponibles para el VIH fueron 6% inferiores a los de 2010. La ayuda al desarrollo en el extranjero para el VIH procedente de donantes bilaterales distintos de Estados Unidos se ha desplomado 57% durante la última década. La respuesta al VIH en los países de bajos y medianos ingresos se sitúa en 8.000 millones de dólares por debajo de la cantidad necesaria para 2025. Las normas de comercio mundial están obstaculizando la producción de medicamentos para la pandemia en los países de ingresos bajos y medios, incluidos los medicamentos para el VIH de acción prolongada nuevos y emergentes, y manteniendo los precios inasequiblemente altos para que estos países los adquieran a escala.

“Justo cuando la ayuda internacional era más necesaria, la solidaridad global se ha estancado. Los líderes no deben confundir la enorme luz roja de advertencia con una señal de stop. Esto debe convertirse en un momento para aumentar el apoyo internacional”, afirmó Byanyima.

Todavía es posible que los líderes recuperen el rumbo de la respuesta. Esto requiere tanto la acción nacional como la solidaridad internacional. El año pasado, los líderes acordaron una hoja de ruta, establecida en la [Declaración política sobre el VIH y el sida](#), que puede poner fin al sida para 2030 si todos los líderes la cumplen. Es totalmente alcanzable y asequible; de hecho, poner fin al sida costará mucho menos dinero que no acabar con el sida. Es importante destacar que las acciones necesarias para poner fin al sida también prepararán mejor al mundo para protegerse contra las amenazas de futuras pandemias.

El paquete probado para el éxito incluye: servicios liderados por la comunidad y centrados en las personas; el apoyo a los derechos humanos de todos; la eliminación de las leyes punitivas y discriminatorias; la lucha contra el estigma; el empoderamiento de las niñas y las mujeres; la igualdad de acceso al tratamiento, incluidas las nuevas tecnologías sanitarias; y los servicios sanitarios, la educación y la protección social para todos.

“Podemos poner fin al sida para 2030 tal y como prometimos”, afirmó Byanyima, “pero para ello hace falta valor”.

Fuentes oficiales de los gobiernos de España y Brasil confirmaron el 29 de julio las primeras muertes vinculadas a la viruela símica, menos de una semana después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara el brote de rápida propagación como una emergencia de salud pública de preocupación internacional, su nivel más alto de alerta.

En el caso de Brasil, el Ministerio de Salud informó la muerte de un hombre de 41 años que padecía cáncer y tenía su sistema inmunológico debilitado.

“Las comorbilidades agravaron su condición”, dijo el ministerio, y agregó que el paciente fue hospitalizado en la ciudad de Belo Horizonte, y murió de un shock séptico luego de ser llevado a la unidad de cuidados intensivos.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad de España confirmó también el 29 de julio el primer fallecido por viruela símica en el país, que según la OMS es el segundo que registra más casos de la enfermedad en el mundo, con 4.298 casos confirmados.

En Brasil, las autoridades han comenzado a tratarlo como un “brote epidémico” en la región más afectada, el estado de São Paulo, el más poblado del país, con cerca de 42 millones de habitantes, y en el que han sido detectados 823 casos de viruela símica.

La confirmación de la primera muerte ocurrió un día después de que el Ministerio de Salud anunció la creación de un comité de emergencia para enfrentar el avance de la enfermedad.

El Gobierno también informó que ha iniciado negociaciones con la OMS y con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para adquirir las vacunas contra la enfermedad.

Brasil es actualmente el segundo país de América con más infecciones por viruela símica, sólo por detrás de Estados Unidos, que se acerca a los 5.000 casos, de acuerdo a los últimos balances divulgados por la OMS.

El primer caso en Brasil fue registrado el 8 de junio, en un hombre de 41 años que llegó a São Paulo tras un viaje a España.

País	Casos	País	Casos
Estados Unidos	4.906	Islandia	9
España	4.298	República Centroafricana	8
Alemania	2.595	Camerún	7
Reino Unido	2.546	Eslovaquia	6
Francia	1.955	Estonia	6
Brasil	978	Gibraltar	5
Países Bajos	879	Bulgaria	4
Canadá	803	El Líbano	4
Portugal	633	India	4
Italia	479	Andorra	3
Bélgica	393	Arabia Saudí	3
Perú	269	Benín	3
Suiza	264	Costa Rica	3
República Democrática del Congo	163	Ecuador	3
Israel	133	Letonia	3
Nigeria	133	República Dominicana	3
Austria	124	Sudáfrica	3
Suecia	88	Jamaica	2
Irlanda	85	Japón	2
Dinamarca	81	Nueva Zelanda	2
México	59	Qatar	2
Polonia	59	República del Congo	2
Noruega	51	Tailandia	2
Australia	45	Taiwán	2
Chile	45	Bahamas	1
Hungría	37	Barbados	1
Eslovenia	33	Bermuda	1
Grecia	32	Bosnia & Herzegovina	1
Ghana	30	Corea del Sur	1
Luxemburgo	28	Filipinas	1
Rumania	21	Georgia	1
Argentina	20	Liberia	1
Chequia	19	Marruecos	1
Finlandia	17	Martinique	1
Malta	17	Nouvelle-Calédonie	1
Emiratos Árabes Unidos	16	Panamá	1
Colombia	12	Rusia	1
Croacia	12	Türkiye	1
Singapur	11	Venezuela	1
Serbia	10	<b>Total</b>	<b>22.485</b>

Países que históricamente han reportado casos

Casos confirmados de viruela símica, según país de residencia de los casos. Año 2022, hasta el 29 de julio. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

La OMS había informado hasta ahora solo cinco muertes confirmadas por viruela símica, todas en África. Además, 65% de los 22.485 casos registrados en el mundo se concentran en Europa.

La OPS dijo en una conferencia de prensa esta semana que casi todos los casos habían sido reportados entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de entre 25 y 45 años, pero advirtió que cualquiera puede contraer la enfermedad sin importar su género u orientación sexual.

Con todo, la emergencia internacional por el brote de viruela símica puede frenarse “si se toman en serio sus riesgos y se dan los pasos necesarios para frenar su transmisión”, aseguró esta semana el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

El experto etíope advirtió que la décima parte de los casos han requerido de hospitalización, e insistió en que 98% de los contagios por ahora se concentran en el colectivo de HSH, por lo que pidió a este grupo que lidere las medidas preventivas.

“Esto, por el momento, incluye reducir el número de parejas sexuales, reconsiderar las nuevas, e intercambiar detalles de contacto por si acaso”, aconsejó Tedros, quien pese a dirigirse a este colectivo en concreto advirtió que cualquier persona puede contagiarse y que hay que luchar contra “el estigma y la discriminación” que puedan sufrir los grupos afectados.

“Como vimos con la COVID-19, la desinformación puede extenderse rápidamente en internet”, indicó el máximo responsable de la OMS, quien en este sentido pidió a redes sociales y medios de comunicación que les ayuden para evitar la diseminación de información perjudicial.

Tedros insistió que además de por contacto sexual la viruela símica puede contagiarse por mero contacto físico, “incluyendo abrazarse, besarse, o usar toallas o ropa de cama contaminada”.



## Prevención...

**Viruela Símica**

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

**Origen**  
Selvas tropicales de África Central y Occidental

**Incubación**  
Periodo de 05 a 21 días

**Diagnóstico**  
Por PCR en muestras de exudado de las lesiones cutáneas

**Síntomas**

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

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

**Prevención**

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

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

Salud Morelos | SSM\_Morelos | ssm\_morelos | Salud Morelos | salud.morelos.gob.mx

Secretaría de Salud de Morelos, México (2022).

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

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

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a [reporteepidemilogicocoba@gmail.com](mailto:reporteepidemilogicocoba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.