

CÓRDOBA

- Aconsejan extremar medidas ante la confirmación de casos de leishmaniosis canina

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la hepatitis aguda grave de origen desconocido
- Tucumán: Brote de neumonía bilateral por una enfermedad no identificada en un sanatorio
- Salta: Se registraron 1.846 casos de salmonelosis en 2022, pero descartan un brote

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por fiebre amarilla
- Brasil: Muerte por complicaciones de fiebre manchada brasileña en Valença, Rio de Janeiro
- Estados Unidos: El poliovirus se habría estado propagando silenciosamente en New York desde abril
- Estados Unidos: Reportan en North Dakota un caso pediátrico de síndrome pulmonar por hantavirus
- Guayana Francesa: Descubren una nueva anaplasmosis transmitida por garrapatas
- República Dominicana: Reportan más de 3.500 casos de dengue y 18 fallecimientos en lo que va de 2022

EL MUNDO

- Europa: Cribados masivos para maximizar la detección de los casos de viruela símica
- República Democrática del Congo: Kasai-Oriental supera los 6.000 casos de sarampión, incluidas más de 50 muertes
- Las bajas tasas de refuerzo de la vacuna ahora son un factor clave en las muertes por COVID-19
- La poliomielitis seguirá siendo un peligro para los niños del mundo si no se la frena en Pakistán y Afganistán

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](http://recfot.com) - 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 Córdoba informó sobre la confirmación de diez nuevos casos de leishmaniosis canina, nueve en la ciudad de Córdoba y uno en Parque Siquiman. Dichos casos, que en su mayoría fueron detectados mediante las acciones de vigilancia y de control de foco que realiza el Área de Epidemiología, se suman a otros seis registrados entre 2019 y 2021 en las mismas localidades, lo que suma un total de 16 casos confirmados en la provincia de Córdoba.

La leishmaniosis visceral es una enfermedad causada por el parásito *Leishmania infantum*, que se transmite por la picadura de un insecto flebótomo.

Hasta el año 2018, los monitoreos entomológicos realizados anualmente por el Área de Epidemiología no registraron la presencia de estos vectores en la provincia. Sin embargo, a partir del año 2019, en Parque Siquiman y en la ciudad de Córdoba, comenzaron a confirmarse casos de la infección en perros que no tenían antecedentes de viaje a lugares donde está presente esta enfermedad.

Esta situación llevó a que personal de la División de Zoonosis provincial efectuara controles de foco en dichas áreas –que implican un muestreo serológico canino y recomendaciones de medidas de ordenamiento ambiental y de prevención– y a que, en marzo de 2021, temporada favorable para colocar las trampas de flebotomos, se realizara un nuevo monitoreo entomológico. En esta oportunidad, se pudo identificar por primera vez la presencia de este insecto como potencial transmisor de la leishmaniosis en la provincia.

Cabe aclarar que por el momento no se han registrado casos en personas. “Es importante dirigir los esfuerzos a las acciones de vigilancia y control canino –como las que se vienen llevando adelante– además del ordenamiento ambiental y la alerta temprana al sistema de salud ante cualquier caso”, indicó la jefa de Epidemiología, Laura Raquel López, y explicó que “por ello, es fundamental que tanto los equipos de salud humana y animal, así como la comunidad en general, tengan presente los modos de transmisión de esta infección, sus síntomas y las maneras de prevenirla”.

En este marco, el Ministerio de Salud de Córdoba se encuentra trabajando de manera articulada con referentes de los equipos de salud locales, con autoridades y equipos técnicos de la cartera sanitaria nacional, de la Municipalidad de Córdoba y de Parque Siquiman, así como también con habitantes de estas localidades y otras instituciones implicadas en la temática.

Por otra parte, para la confirmación parasitológica, las muestras se envían al Instituto Nacional de Parasitología ‘Dr. Mario Fatala Chabén’ y, para los monitoreos entomológicos, se traba-

ja juntamente con el Instituto Nacional de Medicina Tropical, situado en Puerto Iguazú, Misiones, bajo la dirección del referente nacional en la temática, Dr. Oscar Daniel Salomón.

La leishmaniosis visceral es una enfermedad parasitaria que afecta tanto a animales como a personas. El parásito se transmite por la picadura de flebótomos, conocidos comúnmente en otras regiones o provincias con los nombres de torito, plumilla o carachai.

En las personas es grave, en particular en niños. Si el tratamiento adecuado no se proporciona a tiempo, puede ocasionar la muerte.

Los perros actúan como reservorios del parásito y, por lo tanto, son los transmisores de estos microorganismos a los flebótomos. Un perro infectado no tiene cura y, aunque no presente síntomas, puede transmitir el parásito *Leishmania infantum* durante toda su vida.

La enfermedad en los seres humanos se produce cuando un flebótomo se alimenta de la sangre de un perro infectado con el parásito y luego pica a una persona. No se transmite de persona a persona ni por el contacto directo con los animales.

En los perros, la infección ocurre por la picadura de un flebótomo infectado, pero también por vía sexual y vía trasplacentaria (de madre a crías durante la gestación).

Los principales síntomas en los perros son: decaimiento, pérdida de apetito y de pelo, descamación, especialmente alrededor de los ojos y en el hocico; crecimiento exagerado de las uñas; úlceras en la piel y hemorragia nasal.

En las personas, la infección se presenta con fiebre prolongada, aumento del tamaño del abdomen, pérdida de apetito y de peso, tos seca, diarrea y vómitos, anemia e ictericia.

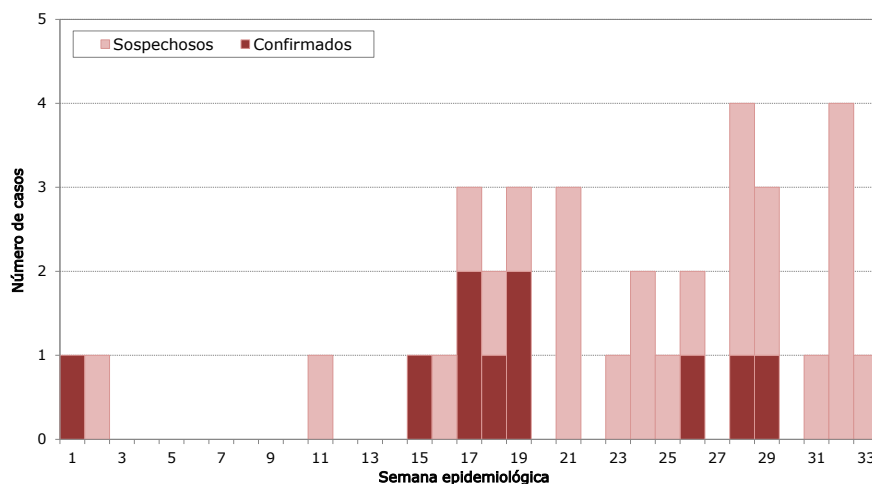
Ante la presencia de estos síntomas, es necesario consultar inmediatamente en el centro de salud u hospital más cercano. En el caso de las mascotas, concurrir a un control veterinario.

Las acciones para evitar la propagación de la enfermedad se centran en tres ejes principales:

- Reducir el desarrollo de flebótomos, evitando acumular hojas, heces de animales, basura u otros residuos cerca de la casa, así como también manteniendo el patio ordenado y desmalezado.
- Cuidar la salud de los perros: impedir que circulen solos en la calle; esterilizarlos cuando no se planifique que tengan cría; colocarles collares o pipetas repelentes de insectos y consultar al veterinario periódicamente.
- Evitar las picaduras de flebótomos. Para ello, es necesario aplicar las medidas para evitar la picadura de mosquitos, es decir, utilizar repelentes y ropa protectora (remeras y pantalones largos); colocar telas mosquiteras en puertas y ventanas y cubrir los cochecitos y cunas con tules.

Provincia/Región	Casos notificados	Casos probables	Casos descartados	Pendientes de clasificación
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5	—	2	3
Buenos Aires	30	2	14	14
Córdoba	1	—	1	—
Santa Fe	3	1	—	2
Centro	39	3	17	19
Mendoza	2	1	—	1
San Juan	1	1	—	—
San Luis	1	1	—	—
Cuyo	4	3	0	1
Chaco	1	—	—	1
Corrientes	2	—	2	—
Misiones	3	1	1	1
Noreste Argentino	6	1	3	2
Catamarca	1	—	—	1
Tucumán	1	—	1	—
Noroeste Argentino	2	0	1	1
Chubut	2	1	1	—
La Pampa	2	1	—	1
Neuquén	2	1	1	—
Río Negro	1	—	1	—
Santa Cruz	1	—	—	1
Sur	8	3	3	2
Total Argentina	59	10	24	25

Casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en menores de 16 años, según jurisdicción de residencia y clasificación del caso. Argentina. Año 2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina. Datos al 24 de agosto de 2022.



Casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en menores de 16 años, según clasificación del caso por semana epidemiológica. Argentina. Año 2022, hasta semana epidemiológica 33. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina. Datos al 24 de agosto de 2022.

Se ha notificado un total de 59 casos, de los cuales 10 (17%) han sido clasificados como casos probables, y 25 (42%) aún se encuentran pendientes de clasificación. Los 24 casos restantes (41%) han sido descartados.

Entre los casos probables, tres (30%) debieron ser sometidos a trasplantes, mientras que uno (10%) falleció.

La mediana de edad de los casos probables es de 3 años (rango: 0-8 años).

El último caso probable se registró en la semana epidemiológica 29, mientras que el último caso que aún se encuentra pendiente de clasificación fue notificado en la semana epidemiológica 33.

Dos pacientes de seis afectados por una neumonía bilateral de origen desconocido fallecieron en la provincia de Tucumán, informó el Ministerio de Salud local.

Todavía se desconoce si se trata de un virus o una bacteria. Sin embargo, en base a las primeras investigaciones y el avance de los enfermos, los expertos creen tener una certeza: ataca fuertemente las vías respiratorias y deriva en cuadros graves de neumonía bilateral. Asimismo, los otros síntomas comunes son fiebre, tos y disnea, un cuadro pseudogripal.



“El último fallecido es un paciente del sexo masculino de 45 años de edad con comorbilidades y que se encontraba internado en el Hospital ‘Eva Perón’ desde el 21 del corriente”, indicó la cartera sanitaria. En tanto, el primero era un médico de 68 años, también trabajador del mismo sanatorio.

El Ministerio de Salud de la Nación comunicó que la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’ recibió las “muestras provenientes de Tucumán para llevar a cabo una ampliación diagnóstica de los seis casos de neumonía de origen desconocido”.

“Los seis casos presentaron neumonía bilateral, dos de ellos fallecieron, tres están hospitalizados y el restante se encuentra en buen estado de salud en aislamiento domiciliario”, precisó en un comunicado.

También indicó que los casos registrados “corresponden a cinco trabajadores de la salud y una paciente del servicio de terapia intensiva de un sanatorio privado de San Miguel de Tucumán que iniciaron síntomas entre los días 18 y 22 de este mes”. Añadió que desde el 22 de agosto “no se detectaron nuevos casos”.

“Además, las autoridades sanitarias nacionales y provinciales están trabajando en conjunto para realizar la investigación del brote, lo que incluye el seguimiento de los contactos de los casos y acciones específicas de control en el centro de salud donde surgió el brote”, destacó la cartera sanitaria nacional.

El ministro de Salud Pública de Tucumán, Luis Medina Ruiz, notificó el brote de neumonía bilateral en “seis pacientes” y la muerte el 29 de agosto de uno de ellos “perteneciente al personal de salud”.

Los casos “ya fueron investigados para COVID-19, influenza A y B, hantavirus y un panel para descartar 25 gérmenes, dando negativo para todos”, subrayó el titular de la cartera de Salud tucumana.

El médico detalló que “dos pacientes están internados en un sanatorio privado con asistencia respiratoria mecánica; dos internados en hospital público con asistencia respiratoria mecáni-

ca y una paciente, que también es personal de salud, en aislamiento preventivo en su domicilio con un cuadro no severo”.

“Posiblemente se trate de un agente etiológico infeccioso, eso lo debemos demostrar y determinar cuál es, si se trata de un germen infeccioso viral de contagio no tan severo”, sostuvo Medina Ruiz.

“Esta es una noticia positiva porque significa que, si se trata de un agente infeccioso o contagioso, no hubo ningún contacto estrecho, ni laboral ni familiar que tenga síntomas en relación a ellos. De la investigación etiológica queremos descartar un rumor muy difundido que causó mucha inquietud en la población y en los medios acerca del diagnóstico de leptospirosis; esa no es una información verídica”, indicó.

El funcionario provincial pidió, antes del segundo deceso, tranquilidad a la población y señaló que “la situación está bajo control, los pacientes están internados, aislados y existe un seguimiento estricto por parte de nuestros equipos en coordinación a los hospitales y sanatorios donde se encuentran”.

Al mismo tiempo, detalló: “Comenzamos a investigar cuando dos pacientes que tienen una relación laboral con el sanatorio privado coincidieron en la manifestación de neumonía bilateral, para la cual no se encontró la causa. La búsqueda de otros pacientes coincidió con la comunicación del sanatorio a Epidemiología, y se encontraron los otros cuatro casos que tienen en común una vinculación laboral o de cercanía con el sanatorio. Es por esto que hablamos de un brote localizado y focalizado, con pacientes que se encuentran aislados”.

“Seguimos investigando en cuanto a lo ambiental ya que no queremos descartar ninguna etiología. Dentro de las posibles causas están, por supuesto, las infecciosas y otras tóxicas o ambientales. Por eso estamos analizando el agua, las descargas del aire acondicionado, y otras situaciones que generan episodios parecidos. Lo que tienen en común estos pacientes es el cuadro respiratorio severo con neumonía bilateral y compromiso en imágenes muy parecidas a la COVID-19, pero eso está descartado”, aseveró el médico.

El funcionario contó que el 30 de agosto mantuvo comunicación con la ministra de Salud de la Nación, Carla Vizzotti, “quien está al tanto de lo que está ocurriendo y ofreció su apoyo en cuanto a equipos de expertos en caso de requerirlo”.

Con el antecedente de la pandemia de COVID-19 y a fin de evitar una propagación masiva, en la provincia tomaron la drástica medida de aislar a todo el sanatorio en el que surgieron los casos.

El establecimiento en cuestión es la Clínica Luz Médica, ubicado en el centro de San Miguel de Tucumán. Si bien el Ministerio de Salud se limitó a brindar información acerca del centro de salud aislado, medios locales afirmaron que mientras dure la medida oficial se suspendió el ingreso de nuevos pacientes, habrá una restricción a la visita de los pacientes internados y sólo se realizarán consultas virtuales.

“Se suspendió el otorgamiento de turnos programados, en las especialidades se activará la teleconsulta, se mantendrá el abastecimiento de las áreas relacionadas a farmacia sólo para pacientes internados, no se otorgarán turnos para cirugías programadas y se restringirá el acompañamiento a pacientes”, detallaron.

La directora general de Coordinación Epidemiológica de la Provincia de Salta, Analía Acevedo, informó que en lo que va del año se notificaron 1.846 casos de salmonelosis, de los cuales 1.255 fueron confirmados mediante estudios de laboratorio. Con estas cifras, por ahora no se considera que haya un brote de la enfermedad, pero se monitorea un incremento de cuadros de diarrea en la ciudad de Salta y en el norte de la provincia.

Acevedo detalló que en la actual semana epidemiológica 34 se registraron cinco casos de salmonelosis mientras que en las tres anteriores hubo un promedio de tres.

La funcionaria señaló que por ahora no hay un brote, pero afirmó que están trabajando en una estrategia para controlarlo si surgiera. “Estamos en reuniones con Bromatología, con el Laboratorio de la Provincia, con los titulares epidemiológicos que tenemos en las áreas operativas”, describió.

Durante todas las semanas epidemiológicas del año se ha notificado aunque sea un caso de salmonelosis. El grupo más afectado es el de 0 a 9 años, con 51% de los casos. Le sigue, con 24% de los casos, el grupo de 10 a 19 años.

“Estamos atentos a estas situaciones porque sabemos que en la provincia desde 2018 tenemos brotes epidémicos periódicos, que se producen justamente durante la época estival”, explicó Acevedo.

En tanto, el ministro de Salud Pública, Juan José Esteban, confirmó que se registra un aumento de casos de diarreas en la ciudad de Salta y en el norte provincial.

Esteban sostuvo que se está monitoreando la situación para observar la evolución de las estadísticas y también descartó que haya un brote de salmonelosis.

“Debemos tener cuidado porque ahora viene el calor, la venta callejera de alimentos en lugares que no reúnen las condiciones adecuadas, como cadena de frío y agua potable. Hubo un brote importante el año pasado, por lo que debemos ser muy criteriosos al consumir lo que se vende en la vía pública”, advirtió Esteban.

Con respecto al norovirus, que estaría causando una gran cantidad de gastroenteritis infecciosas y diarreas, según advirtieron profesionales del sector privado, Esteban afirmó que se está estudiando la situación. “Primero debemos diagnosticar por laboratorio al virus. Los estudios epidemiológicos y laboratorios son los que lo determinan, pero no lo tenemos diagnosticado”, indicó Juan José Esteban.

El norovirus pertenece a la familia de los Caliciviridae. Afecta a personas de cualquier edad, pero los casos más severos son en niños y ancianos. Aparte de diarrea y vómitos, la infección puede provocar dolor abdominal, náuseas, fiebre y dolor de cabeza. Tiene un período de incubación de uno a dos días.



Resumen de la situación

Si bien la inmunización es una de las intervenciones de salud pública más exitosas, las coberturas de vacunación se han estancado en la última década. La pandemia de COVID-19 y las interrupciones asociadas han puesto a prueba los sistemas de salud, con 25 millones de niños no vacunados en 2021, un incremento de 5,9 millones más que en 2019. Para 2021, la vacuna contra la fiebre amarilla se ha incluido en los programas de inmunización infantil de 36 de los 40 países y territorios con riesgo de fiebre amarilla en África y las Américas. En estos 40 países y territorios, la cobertura se estima en un 47%, la cual es considerada muy baja para el control efectivo de esta enfermedad.

En la Región de las Américas, el riesgo de ocurrencia de nuevos brotes de fiebre amarilla de diversa magnitud es alto. Aunque los sistemas de salud han empezado a recuperarse del impacto de la pandemia de COVID-19, se observa una alarmante disminución de la proporción de población vacunada contra fiebre amarilla y en consecuencia incrementa la brecha en inmunización acumulada a lo largo de la última década. La pandemia de COVID-19, entre otros factores, han llevado a que las actividades de vacunación, que previamente eran realizadas de forma sistemática, se conviertan en un desafío.

En la Región de las Américas, de acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre 2020 y 2021, la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla disminuyó en seis de los 13 países con áreas endémicas de fiebre amarilla. En 2021, en 12 de los 13 países endémicos no se alcanzó una cobertura igual o mayor a 95% y en nueve países la cobertura fue menor a 80%.

Las autoridades sanitarias de los países de la Región se encuentran realizando grandes esfuerzos para restablecer los servicios, cerrar las brechas de cobertura e inmunidad y ampliar los servicios de inmunización sistemática. No obstante, existen importantes desafíos relacionados con el aseguramiento del abastecimiento de la vacuna contra la fiebre amarilla, situación que podría agravarse por las demoras en la cadena de suministros a raíz de la pandemia y el actual conflicto bélico en Europa del Este.

Por lo mencionado, es apremiante que las autoridades sanitarias aseguren contar con un inventario de reserva estratégico que les permita mantener la vacunación de rutina y al mismo tiempo responder a eventuales brotes. Además, es necesario que los países que tienen programadas campañas preventivas de vacunación para aumentar la cobertura retomen sus planes y garanticen coberturas de vacunación mayores o iguales a 95% de forma homogénea.

Situación epidemiológica de la fiebre amarilla en la Región de las Américas

En 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 27, se notificaron casos confirmados de fiebre amarilla en tres países de la Región: Bolivia (cinco casos confirmados), Brasil (cinco casos confirmados) y Perú (tres casos confirmados).

A continuación, se presenta un resumen de la situación en países seleccionados.

- **Brasil:** En el periodo estacional 2014-2015 la transmisión que inicialmente ocurrió en la Región Norte (con epizootias en Tocantins, Distrito Federal y Minas Gerais y casos humanos en Goiás y Mato Grosso do Sul) se expandió de este a sur, afectando en 2015-2016 principalmente a los estados de la Región Centro-Oeste (con epizootias en Tocantins, Goiás, Distrito Federal y Minas Gerais y casos humanos en Goiás y São Paulo).

A fines de 2016 y hasta junio de 2017 se registró un brote de grandes proporciones que afectó principalmente a los estados de la Región Sudeste, alcanzando zonas no endémicas (Bahía, excepto el oeste del estado, que sólo tuvo epizootias en primates no humanos, no ha registrado casos en humanos; Minas Gerais; Espírito Santo; Rio de Janeiro y la costa de São Paulo). Una segunda ola de transmisión se registró desde fines de 2017 hasta junio de 2018, afectando nuevamente a la Región Sudeste, aunque con mayor transmisión en los estados de Minas Gerais y São Paulo. Los casos registrados en ambos periodos, 2016-2017 y 2017-2018, fueron notificados en los estados de Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, y Distrito Federal, y superó el total de casos reportados en los últimos 50 años. En el periodo 2018-2019, el 80% de los casos se registraron en São Paulo.

Entre julio de 2019 y junio de 2020 se notificaron 19 casos confirmados en tres estados (Acre, Pará y Santa Catarina) y entre julio de 2020 y junio de 2021, se notificó un total de nueve casos confirmados en dos estados (Pará y Santa Catarina). Recientemente, entre julio de 2021 y junio de 2022, se notificaron cinco casos confirmados, incluyendo cuatro defunciones, en los estados de Pará (municipios de Afuá y Oeiras do Pará) y Tocantins (municipio de São Salvador do Tocantins). Todos los casos eran hombres, de entre 20 y 29 años, cuatro sin antecedente de vacunación y uno con antecedente de vacunación en el año 2018. Los cinco casos confirmados tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales y/o de ocio.

Durante el mismo periodo, se notificaron 1.267 epizootias sospechosas de fiebre amarilla en primates no humanos, de las cuales 26 (2,1%) fueron confirmadas por criterios de laboratorio en los estados de Minas Gerais (20), Santa Catarina (3), Rio Grande do Sul (2) y Pará (1). Las epizootias confirmadas se registraron entre julio de 2021 y marzo de 2022.

Entre 2016 y 2022, de acuerdo con la distribución espacio temporal, la onda de fiebre amarilla pareciera dirigirse al sur de Brasil. En 2021, las epizootias estuvieron ubicadas a lo largo del río Iguazú, que es afluente del río Paraná y se dirige hacia Paraguay, Argentina y Uruguay, representando un riesgo de circulación del virus en esos países sobre todo en las áreas en que comparten un ecosistema semejante.

Entre 2017 y 2021 se registró una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla a nivel nacional de entre 62,4% y 47,4%. En 2021 esta cobertura fue de 57,6%, y todos los estados reportaron una cobertura de vacunación menor a 80%. Durante el mismo periodo, en los estados que notificaron casos confirmados de fiebre amarilla y/o epizootias confirmadas, la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla fue de 45,9% en Pará, 73,8% en Minas Gerais, 74,5% en Santa Catarina, 60,8% en Rio Grande do Sul y 69% en Tocantins.

- **Paraguay:** No se registran casos humanos de fiebre amarilla desde el año 2008, en el que se registraron 28 casos humanos confirmados y 11 fallecidos. No obstante, Paraguay presenta zonas favorables para la reactivación de ciclos de transmisión selvática con la presencia de vectores de los géneros *Sabethes* y *Haemagogus*. A partir del año 2020 se ha iniciado la vigilancia de epizootias con sospechas de fiebre amarilla, en dos departamentos del país (Alto Paraná y Canindeyú). Todas las notificaciones han resultado negativas hasta la fecha.

Entre 2017 y 2021 se registró una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla a nivel nacional de entre 80% y 52%. En 2021 esta cobertura fue de 52%; la más baja se registró en el departamento de San Pedro Sur (39%) y la más alta en el departamento de Boquerón (91%). En ese mismo año la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla registrada en los departamentos que comparten un ecosistema semejante con Brasil fue de 51% en Alto Paraná, 72% en Alto Paraguay, 60% en Amambay, 52% en Canindeyú y 52% en Concepción.

- **Argentina:** El Calendario Nacional de Vacunación contempla la vacunación contra la fiebre amarilla solo para los residentes de las provincias de Misiones, Corrientes, Formosa y algunos departamentos de Chaco, Salta y Jujuy. El esquema consiste en una dosis entre los 12 y 18 meses de edad y un refuerzo a los 11 años.

Desde junio de 2017, y en base a la evidencia presentada por el país, el grupo consultivo científico-técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla (GRYF) considera que Argentina se halla fuera de la zona endémica de la fiebre amarilla, excepto durante los repuntes epizooticos en el norte del país, que se producen a intervalos irregulares. Por ello, la provincia de Misiones y parte de la de Corrientes, en el norte del país, se consideran territorios “de transición” respecto al riesgo de transmisión de fiebre amarilla.

Por otro lado, si bien Argentina no exige la presentación del certificado internacional de vacunación para el ingreso a dichos territorios, se recomienda la vacunación para todos los viajeros a partir de los 9 meses de edad que se dirijan a las provincias de Corrientes y Misiones. Entre 2017 y 2020, en las jurisdicciones consideradas con riesgo de transmisión de fiebre amarilla se registraron en promedio las siguientes coberturas de vacunación: 83% (2017), 79% (2018), 89% (2019) y 81% (2020).

En 2021 se alcanzó una cobertura promedio de 79,4%, sin embargo, en las provincias que se encuentran en la frontera con Brasil fue de 92,5% en Corrientes y 82,4% en Misiones. Entre 2020 y 2021, al igual que con el resto de las vacunas del calendario, se observó un importante descenso en las coberturas de vacunación contra la fiebre amarilla.

- **Perú:** Entre las SE 1 y 26 de 2022, se notificaron cinco casos probables, de los cuales tres fueron confirmados por laboratorio y dos casos se encuentran en investigación. Todos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas. Los tres casos confirmados son adultos jóvenes de entre 19 y 35 años. Los casos fueron notificados en los departamentos de Junín (dos casos), Ucayali (dos) y San Martín (uno). De los cinco casos notificados, tres fallecieron; las defunciones ocurrieron en los departamentos de Junín (dos defunciones, de los cuales uno tenía antecedente de vacunación y cuya probable falla vacunal está en investigación) y Ucayali (una defunción, coinfección con leptospirosis).

Entre 2017 y 2021 se registró una cobertura contra la fiebre amarilla a nivel nacional de entre 50,2 y 74,9%. En 2021 se alcanzó una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla a nivel nacional de 60,7%; de los siete departamentos con zonas endémicas, todos reportaron una cobertura de vacunación menor a 80%. Durante el mismo periodo, en los departamentos que notificaron casos probables de fiebre amarilla, se registraron las siguientes

coberturas: 71,47% en Junín, 71,1% en San Martín y 39,5% en Ucayali. En los otros departamentos que tienen zonas endémicas de fiebre amarilla, se registraron las siguientes coberturas: 60,4% en Amazonas, 70% en Huánuco, 45,1% en Madre de Dios y 45,2% en Loreto.

Recomendaciones para las autoridades de salud

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alienta a los Estados Miembros con áreas de riesgo para fiebre amarilla continúen con sus esfuerzos para fortalecer la vigilancia en zonas endémicas de fiebre amarilla, además de inmunizar a la población de riesgo y realizar acciones necesarias para mantener informados y vacunados a los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla. De igual manera, recomienda contar con dosis de reserva, según disponibilidad de vacunas en el país, que permita responder ante posibles brotes.

Vacunación

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura y asequible y proporciona una inmunidad efectiva contra la enfermedad de entre 80 y 100% a las personas vacunadas, al cabo de 10 días, y una inmunidad de 99% al cabo de 30 días. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo.

La OPS/OMS reiteró sus recomendaciones a las autoridades nacionales:

1. Vacunación universal en niños en países endémicos a los 12 meses de edad, administrada simultáneamente con la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP).
2. Los países endémicos con campañas programadas de seguimiento para sarampión/rubéola en menores de 5 años, deben aprovechar la oportunidad para integrar la vacunación contra la fiebre amarilla y administrar estas dos vacunas simultáneamente.
3. Actualizar la evaluación de riesgo y el estimado de población susceptible, teniendo en cuenta cambios en factores ecológicos, migraciones, coberturas de vacunación, actividades socio-económicas, así como el riesgo de urbanización, para orientar las medidas de vacunación y control.
4. Vacunación de la población de áreas de riesgo, alcanzando al menos 95% de cobertura en residentes en estas áreas (urbanas, rurales y selváticas), a través de diferentes estrategias:
 - a. A nivel intramural, hacer uso racional de la vacuna y evitar oportunidades perdidas de vacunación.
 - b. A nivel extramural, cuando se cuente con mayor disponibilidad de vacuna contra fiebre amarilla, los países deben realizar campañas de puesta al día, identificando poblaciones sub-vacunadas, grupos de riesgo profesional y ocupacional y grupos etarios con coberturas subóptimas, por ejemplo, hombres jóvenes que no aceptan fácilmente la vacunación.
5. Asegurar la vacunación de todos los viajeros a áreas endémicas, por lo menos 10 días antes de viajar.
6. Contar con inventario de reserva en el país, que permita mantener la vacunación de rutina y responder oportunamente en caso de brotes.

Puede consultar las recomendaciones para los viajeros internacionales sobre la vacunación contra fiebre amarilla haciendo clic [aquí](#).

Las orientaciones para diagnóstico por laboratorio y sobre vacunación pueden consultarse en la [Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla del 7 de diciembre de 2018](#).

La Secretaría de Salud de Valença (Rio de Janeiro) anunció el 24 de agosto la muerte de un hombre de 56 años debido a complicaciones de la fiebre manchada brasileña. La enfermedad es causada por la bacteria *Rickettsia rickettsii*, transmitida por la picadura de garrapatas.

La muerte ocurrió a fines de julio, en el Hospital Escuela de Valença, y estaba siendo investigada. El hombre era vecino del distrito de Barão de Juparanã y trabajaba en un establecimiento rural. Según la prefectura, se sospecha que contrajo la enfermedad en su trabajo.

La fiebre manchada brasileña es una enfermedad febril aguda causada por rickettsias, bacterias intracelulares obligatorias, transmitidas principalmente por garrapatas. En Brasil, *Rickettsia rickettsii* es la especie más relevante, presentando casos graves en la Región Sudeste y, más recientemente, en la Región Sud. La enfermedad puede evolucionar de forma rápida, con un comprometimiento clínico importante, presentando elevado índice de letalidad. *Amblyomma sculptum* y *Amblyomma aureolatum* son incriminados en su transmisión.

Sin embargo, los casos más suaves de fiebre manchada brasileña se identificaron en las Regiones Sur, Sudeste y Nordeste del país, presentando linfadenopatía y escara de inoculación como manifestaciones clínicas relevantes. La enfermedad puede estar asociada a la *Rickettsia* sp. cepa Mata Atlántica, especie filogenéticamente próxima a *Rickettsia parkeri* y tiene como vector involucrado en el ciclo epidémico a *Amblyomma ovale*.

La sospecha tardía o ausente, el tratamiento no oportuno o no iniciado, el uso de antimicrobianos no recomendados, no disponibilidad del antimicrobiano recomendado (doxiciclina) en presentación parenteral, entre otras, son las causas que, como una regla, aislada o asociada, explican en gran medida las tragedias recurrentes relacionadas con la infección por *Rickettsia rickettsii* en Brasil y las elevadas tasas de letalidad (40-70%) observadas para la enfermedad.

El poliovirus puede haber estado circulando en la ciudad de New York desde abril y en otras partes del estado hasta desde hace un año, según sugiere un nuevo análisis de una muestra de aguas residuales del lugar.

El [estudio](#) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos arroja más luz sobre el caso de poliomielitis detectado en una persona no vacunada en New York el mes pasado, incluso cuando se sabía que el virus había sido eliminado de Estados Unidos hace unos 40 años.

En junio, un joven adulto residente en un suburbio de New York fue hospitalizado tras sufrir fiebre, rigidez en el cuello y síntomas gastrointestinales, así como debilidad en las extremidades, y se descubrió que era portador del patógeno. El virus [también se identificó en muestras](#) de aguas residuales de dos condados vecinos de New York.

Los expertos de los CDC dijeron que la persona no viajó al extranjero durante el período en que estuvo expuesta al patógeno y que puede haber contraído el virus por transmisión local.

Los investigadores descubrieron que la variante a la que se expuso la persona estaba relacionada con una forma debilitada del virus utilizada en la vacuna oral contra la poliomielitis, conocida como poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna.

Dado que Estados Unidos dejó de vacunar contra la poliomielitis por vía oral en el año 2000, la transmisión original de esta cepa puede haber surgido de alguien de fuera del país.

Según el análisis del genoma del virus, la variante responsable del caso de New York se relacionó con los poliovirus vinculados con la vacuna detectados recientemente en aguas residuales en Israel y el Reino Unido.

Los investigadores advirtieron que este tipo de infecciones pueden surgir cuando se administra la vacuna antipoliomielítica oral viva atenuada en una comunidad con baja cobertura de vacunación.

Estas vacunas vivas atenuadas se elaboran a partir de una forma de virus debilitada en el laboratorio que puede estimular una fuerte respuesta inmunitaria sin causar la enfermedad.

Los expertos de los CDC advirtieron que las personas no vacunadas en Estados Unidos siguen corriendo el riesgo de contraer poliomielitis parálisis (una forma grave de infección por el virus que causa parálisis) si se exponen al poliovirus salvaje o al derivado de la vacuna.

“La baja cobertura de vacunación en el condado de residencia del paciente indica que la comunidad corre el riesgo de sufrir más casos de poliomielitis”, señalaron los investigadores.

Dado que los servicios de vacunación de rutina se interrumpieron durante la pandemia de COVID-19, dijeron que ha habido una disminución en la administración y cobertura de vacunas, incluso contra la poliomielitis, “dejando a muchas comunidades en riesgo de brotes de enfermedades prevenibles mediante la vacunación”.

Los CDC han instado a todas las personas en Estados Unidos a mantenerse al día con las vacunas recomendadas contra el poliovirus.

El Departamento de Salud de North Dakota informó un caso de síndrome pulmonar por hantavirus (HPS) en una persona en el este del estado. Los análisis realizados en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) confirmaron que se trató de un caso de hantaviriosis. El individuo fue hospitalizado, pero desde entonces se ha recuperado.

“Las personas se exponen con mayor frecuencia al hantavirus cuando inhalan polvo mientras limpian u ocupan cabañas, cobertizos u otras viviendas y construcciones anexas previamente vacías que albergan roedores, sus excrementos o sus nidos”, dijo Levi Schlosser, epidemiólogo de la División de Epidemiología y Enfermedades Infecciosas del Departamento de Salud de North Dakota. “Actualmente, solo existe un tratamiento de apoyo para la enfermedad por hantavirus, por lo que es importante tener cuidado con las infestaciones de roedores para prevenir adecuadamente la infección”.

El síndrome cardiopulmonar por hantavirus es una infección viral que puede causar una enfermedad pulmonar grave, incluida la neumonía. Por lo general, los roedores infectados transmiten el virus a través de la orina, los excrementos y la saliva. El virus se transmite cuando alguien respira aire contaminado por el virus y, en raras ocasiones, puede transmitirse por la mordedura de un roedor infectado, como el ratón ciervo (*Peromyscus maniculatus*).

A medida que el clima comienza a cambiar, es posible que las personas estén limpiando cabañas, cobertizos y otros edificios al aire libre que podrían estar infestados de roedores. Estos sitios pueden albergar roedores y son los lugares donde es más probable que ocurra la exposición al hantavirus.

El virus se reconoció por primera vez en Estados Unidos en 1993. Desde entonces, se han informado 19 casos de síndrome cardiopulmonar por hantavirus al Departamento de Salud de North Dakota, incluido este caso actual. Tres casos fueron en niños. Ocho de los 19 casos reportados fueron fatales. A nivel nacional, se han notificado 833 casos, con una tasa de letalidad de 35%, hasta diciembre de 2020.

Este es el primer caso de infección por hantavirus en North Dakota en 2022. El informe no indica las circunstancias en las que el paciente estuvo expuesto y se infectó.

El hantavirus involucrado en este y otros casos en el oeste de Estados Unidos es el virus Sin Nombre. Las muertes se deben al síndrome cardiopulmonar por hantavirus. Este síndrome puede ser muy grave, y los pacientes que desarrollan los síntomas deben buscar atención médica lo antes posible.

Las garrapatas son responsables de la transmisión de muchas zoonosis. Un estudio reciente destaca una nueva zoonosis transmitida por garrapatas en una región remota de Guayana Francesa. Esta enfermedad, la anaplasmosis del Sparouine, fue descubierta tras la infección de un minero de oro clandestino que vivía en el corazón de la selva tropical. La infección de sus glóbulos rojos por una bacteria desconocida hasta entonces provocó un grave deterioro de su estado de salud y requirió hospitalización. El trabajo también muestra que entre las garrapatas y mamíferos de América del Sur circulan bacterias genéticamente similares, que podrían constituir los reservorios naturales de la infección.

Las garrapatas son los principales vectores de agentes patógenos, especialmente conocidas en Europa por su papel en la propagación de zoonosis como la enfermedad de Lyme. Al alimentarse de animales silvestres, las garrapatas pueden transmitir patógenos zoonóticos a los humanos. En Guayana Francesa, la explotación de áreas naturales remotas ha provocado la aparición de esta nueva zoonosis transmitida por garrapatas, desconocida hasta el momento.

La anaplasmosis del Sparouine es en la actualidad una enfermedad rara con un solo caso conocido. Sin embargo, las condiciones bajo las cuales se descubrió esta enfermedad son ilustrativas de los riesgos asociados con la explotación de áreas naturales remotas. Esta nueva enfermedad apareció en un sitio ilegal de extracción de oro en el corazón de la selva tropical de Guayana Francesa, a orillas del río Sparouine. Para las poblaciones que viven en los sitios de extracción de oro, el miedo a las autoridades dificulta el acceso a los centros de salud, y allí aparecen regularmente epidemias de malaria. Precisamente en un estudio nacional sobre la malaria, con el examen de más de 360 muestras de sangre, se reveló la presencia de una nueva bacteria patógena, *Anaplasma sparouinense* y, por tanto, el descubrimiento fortuito de la anaplasmosis del Sparouine.

En la primera muestra de sangre en 2019, el paciente no mostró ningún síntoma en particular, aunque muchos glóbulos rojos presentaban inclusiones citoplasmáticas, lo que indicaba la presencia de la bacteria. Dieciocho meses después, el paciente ingresó en el Centre Hospitalier de Cayenne por fiebre, mialgias, cefalea, epistaxis y anemia. Una amplia investigación microbiológica permitió excluir la presencia de agentes infecciosos comunes, y sólo un examen de ADN condujo al descubrimiento de *Anaplasma sparouinense*. El paciente presentaba un factor de comorbilidad, habiendo sido sometido en el pasado a una esplenectomía tras una herida, lo que pudo haber agravado los efectos de la infección. El tratamiento antibiótico durante tres semanas permitió la recuperación del paciente, que pudo ser dado de alta.

Este nuevo patógeno pertenece al género bacteriano *Anaplasma*, cuya bacteria más conocida es *Anaplasma phagocytophilum*, responsable de la anaplasmosis granulocítica humana. Esta zoonosis emergente es responsable cada año de varios cientos de casos, a veces mortales. Los estudios genéticos han revelado que *Anaplasma sparouinense* es un nuevo agente infeccioso, diferente de todas las especies conocidas de *Anaplasma*. Los análisis filogenéticos también han establecido que las cepas bacterianas relacionadas están naturalmente presentes en perros y garrapatas recolectadas en coatíes sudamericanos en Brasil.

El sitio de bateo del oro, en contacto directo con la vida silvestre, fue sin duda un factor determinante para el paso del agente infeccioso a los humanos.

Todavía es demasiado pronto para decir la importancia que tendrá la anaplasmosis del Sparouine en el futuro y qué riesgo para la salud podría presentar la enfermedad para las poblaciones sudamericanas. Su mera existencia nos recuerda, sin embargo, que nuestro conocimiento de la diversidad de patógenos que circulan en áreas naturales remotas es aún muy parcial. La expansión de las actividades humanas en estas regiones llevará inevitablemente a las poblaciones a estar expuestas al riesgo de aparición de zoonosis similares.

Se caracterizó a *Candidatus A. sparouinense* como un nuevo patógeno intraeritrocitario humano. La infección duró al menos 18 meses en un paciente que vivía en la selva tropical de Guayana Francesa, potencialmente más susceptible debido a una esplenectomía anterior. La proximidad filogenética de *Candidatus A. sparouinense* a otros *Anaplasma* asociados a garrapatas amazónicas y mamíferos silvestres destaca que un grupo genético de *Anaplasma* está circulando en Guayana Francesa y Brasil. Estas especies neotropicales de *Anaplasma* podrían representar una fuente de nuevas infecciones para los humanos.

Es necesaria una mayor investigación sobre la diversidad y los ciclos de transmisión de *Anaplasma* en la selva amazónica.

Se presenta un caso de una inusual anaplasmosis humana en la selva amazónica de Guayana Francesa. La tipificación molecular demostró que el patógeno es una nueva especie de *Anaplasma*, distinta de todas las especies conocidas, y más relacionada genéticamente con *Anaplasma* spp. recientemente descritas que causan infecciones en la fauna silvestre de la selva tropical de Brasil.

Las especies de *Anaplasma* son bacterias intracelulares obligadas, similares a las rickettsias, transmitidas por garrapatas que infectan a una variedad de anfitriones animales, incluidos los humanos. Algunos infectan los glóbulos rojos (*A. marginale*, *A. centrale*, *A. ovis*, *A. capra* y *A. bovis*); *A. platys* y *A. odocoilei* infectan las plaquetas; y *A. phagocytophilum* infecta a los neutrófilos polimorfonucleares. El recién descrito *A. sparouinense* infecta los eritrocitos humanos.

Guayana Francesa –con una población de casi 300.000 habitantes en 2022– es un departamento de ultramar y una colectividad territorial de Francia en la costa norte de América del Sur, que limita con Brasil al este y el sur y con Surinam al oeste. La mitad de su población vive en el área metropolitana de Cayenne, su capital, con casi 99% de su masa terrestre cubierta por selva tropical.

Dengue

En República Dominicana, en 2022, en la semana epidemiológica (SE) 30, se reportaron 216 casos de dengue, para un acumulado hasta esta semana de 3.574 casos; en el mismo periodo de 2021 se notificaron 898 casos, lo que refleja un incremento de casi 300%.

Las tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes más altas se observaron en las siguientes provincias: Hato Mayor (202,17), Monte Cristi (189,72), San José de Ocoa (161,2), Santiago (134,79) y Dajabón (105,9).

La cifra de muertes por dengue en 2022 es de 18, mientras que en el año anterior, para el mismo periodo, fueron 11.

Malaria

En la SE 30 de 2022, se confirmaron seis casos de malaria, en tres mujeres y tres hombres, con edades de 24 a 61 años (mediana=40 años), todos procedentes del foco de San Juan. El acumulado hasta esta SE es de 212, correspondiendo 78% (166/212) de los casos, a los focos activos de San Juan (142) y La Altagracia (25). No se han reportado muertes por malaria en lo que va del año; el año anterior se registró una única muerte en el mismo periodo.

El 97% de los casos (205/212) son autóctonos, mientras que 3% (7/212) son importados desde Haití (2), África, Guayana Francesa, Guyana y Guinea Ecuatorial. La incidencia acumulada de este evento es de 3,43 casos cada 100.000 hab. presentando un incremento de 44% en comparación con el mismo periodo del año 2021. El Ministerio de Salud Pública mantiene la búsqueda activa comunitaria de febriles, tratamiento e investigación de los casos identificados.

Leptospirosis

En la SE 30 se notificaron seis casos sospechosos de leptospirosis, con edades de 14 a 46 años (mediana=27 años); el 83% de los casos (5/6) son hombres, residentes en los municipios de Las Matas de Farfán, Mao, Padre Las Casas, Pepillo Salcedo (Manzanillo), Quisqueya y Sabana Grande de Boya.

Durante las últimas cuatro semanas (SE 27 a 30) se han reportado 16 casos sospechosos para un acumulado de 81; el 70.3% (57/81) están distribuidos en el grupo de edad de menores de 39 años, siendo hombres los más afectados por la enfermedad, en 78% de los casos notificados (63/81). En 2021 se notificaron 127 casos. Este año las muertes por la enfermedad suman nueve, mientras que en 2021 fueron 15, una disminución de 40%.

La incidencia acumulada es de 1,31 casos cada 100.000 habitantes, presentando una disminución de 37%, en comparación con el mismo periodo del año 2021.

Los datos de la viruela símica confirman la tendencia que señala la Organización Mundial de la Salud (OMS): los contagios se ralentizan y es posible controlar el brote para eliminarlo. En España, el último informe del Ministerio de Sanidad apunta 6.543 casos, sólo 84 más desde el 26 de agosto. Y el conteo de casos se ha reducido a poco más de un centenar cada cuatro días en la última quincena.

El director de la Oficina Regional para Europa de la OMS, Hans Henri Marcel Paul Kluge, apuntó el 30 de agosto que “en la Región de Europa fue donde surgieron los primeros casos de este brote, donde estamos viendo las primeras señales de ralentización del brote, y donde creemos que podemos eliminar la viruela símica si nos comprometemos a hacerlo. Este objetivo político es un mensaje claro para todos sobre cuál creemos que es el objetivo final”.

Además, Kluge señaló que “hay signos tempranos esperanzadores, como se ha evidenciado en Francia, Alemania, Portugal, España, Reino Unido y otros países” y por ello se mostró convencido de que es posible eliminar la transmisión entre humanos “si nos comprometemos a hacerlo y ponemos los recursos necesarios hacia ese fin”.

Francisco Javier Membrillo de Novales, portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), ofrece las claves de este descenso: “Ahora hay un cambio en el patrón de conducta de la población de riesgo (hombres que mantienen sexo con hombres). Hay más concienciación y eso se nota en que se reducen los contagios”. Membrillo no descartó que “ahora contar con más vacunas, con la opción intradérmica”, tenga su efecto, pero pone el acento “en que el cambio de conducta es fundamental. Se usa más el preservativo, aunque no protege al 100%. Hay más contención en las relaciones”.

Para evitar un resurgimiento y mantener a raya al virus, aunque no es una infección de transmisión sexual (ITS), las últimas investigaciones sobre cómo se contagia la viruela símica obliga a los clínicos a adoptar nuevas medidas de vigilancia. Esta infección se transmite en nueve de cada diez casos a través de relaciones sexuales de hombres con hombres, según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC).

Dos estudios recientes ponen de manifiesto que el virus se transmite de forma asintomática entre las personas, lo que supone un nuevo frente en el control de los casos. “Estos trabajos recogen que en un entorno de personas con múltiples parejas sexuales de forma habitual aparece el virus en algunas de ellas”, explicó Membrillo. Por ello, reclamó que “los hospitales puedan incluir esta prueba en los cribados de ITS, porque todavía no se conoce el impacto de las infecciones asintomáticas en la transmisión del virus”.

Uno de estos trabajos es un [estudio retrospectivo sobre casos en Bélgica](#) y el otro [analiza la situación en Francia](#). Este último, un trabajo del Hospital 'Bichat-Claude Bernard' de París, ha detectado el virus de la viruela símica en muestras anales de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) asintomáticos. "Quizás se trata de personas que han tenido una clínica leve y la infección ha pasado desapercibida", consideró Membrillo.

Esto pone sobre la mesa el papel de los contagios asintomáticos. "Debemos ser más agresivos en las estrategias de detección del virus. Hay que incluir en los test habituales de ITS el cribado de la infección", demandó Membrillo. "Esto deberíamos haberlo aprendido de la COVID-19. Al principio, en febrero de 2020, solo se hacían pruebas a personas con contacto estrecho o que venían de países como China. Y ya sabemos cómo evolucionó todo luego".

Los investigadores franceses realizaron de forma retrospectiva pruebas de detección del virus de la viruela símica mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en todos los hisopos anorrectales que se recogieron como parte de un programa de detección de ITS. Según las directrices del país galo, este tipo de cribado se realiza trimestralmente entre los HSH con múltiples parejas sexuales que toman profilaxis preexposición al VIH o que viven con el VIH y reciben tratamiento antirretroviral.

Del mismo modo actuaron en los casos reportados en el trabajo de Bélgica. En el laboratorio de Microbiología Clínica de la Universidad de Amberes, se examinaron retrospectivamente 224 muestras recogidas para pruebas de gonorrea y clamidiosis mediante un ensayo de PCR del virus de la viruela símica, e identificaron muestras positivas de ADN del microorganismo en cuatro hombres. En el momento de la toma de muestras, un hombre tenía un sarpullido doloroso y tres no habían reportado síntoma alguno. Tras el examen clínico de 21 a 37 días después, estos tres varones estaban libres de signos clínicos y manifestaron que no habían experimentado ningún síntoma. La serología confirmó la exposición al virus en los tres.

Los investigadores del departamento de Ciencias Clínicas del Instituto de Medicina Tropical de Amberes concluyeron en que estos hallazgos muestran que "ciertos casos de viruela símica permanecen sin diagnosticar y sugieren que las pruebas y la cuarentena de las personas que informan síntomas pueden no ser suficientes para contener el brote".

La ausencia de síntomas y la excesiva confianza en la vacuna establece un nuevo reto. "Debemos asumir que probablemente en esta enfermedad tenga un peso específico el porcentaje de asintomáticos", comentó Membrillo. Rosamund Lewis, responsable técnica sobre viruela símica del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, advirtió hace un par de semanas que la vacuna contra esta enfermedad "no es la panacea" y que "no resolverá todo". Lewis recalcó que no existe una prevención de 100% con la inyección. "Vemos casos nuevos que muestran que la solución no es únicamente la vacuna. Hay que esperar hasta que se produzca la máxima respuesta inmunitaria, pero no sabemos cuándo será el efecto definitivo".

En este sentido, propuso "la extensión en todos los hospitales de las pruebas. Que estén disponibles y se facilite que se puedan hacer. En muchos centros hay que adjuntar un informe con la correspondiente justificación de la petición de la prueba cumpliendo los requisitos. Pero, debemos ir más allá para poder conocer el impacto real de los casos".

"Las pruebas deben hacerse a todos quienes las soliciten, por sospecha o petición personal, como con las ITS. Y más a aquellos que hayan tenido sexo anal con un desconocido, que es donde se han encontrado más casos asintomáticos", subrayó Membrillo.

La idea es incorporar al abanico de ITS que se solicitan como sífilis, gonorrea, VIH y clamidiosis, el virus de la viruela símica, "independientemente de si se tienen síntomas o no, o si sus parejas han referido contacto con el patógeno", explicó el portavoz de la SEIMC.



La epidemia de sarampión ya superó los 6.000 casos, incluidas unas cincuenta muertes desde principios de febrero de 2022 en la provincia de Kasai-Oriental.

El jefe de la División de Salud Provincial dijo el 26 de agosto que el número de casos ha aumentado significativamente incluso en las zonas sanitarias donde se organizaron jornadas de vacunación en abril y mayo.

El Dr. Nestor Tshiteku agregó que solo siete zonas sanitarias de las 19 en la provincia de Kasai-Oriental han podido vacunar a los niños, pero el número de casos sigue aumentando.

“La situación está cada vez peor. Estamos asistiendo a un aumento en el número de casos en los últimos días. Registramos más de 6.000 casos de sarampión, incluidas unas 50 muertes. Todas las zonas sanitarias están afectadas por esta enfermedad”, dijo Tshiteku.

Para explicar el rebrote de esta enfermedad, el titular de la División Provincial de Salud afirmó que no se ha logrado la cobertura de vacunaciones de rutina de hasta 90% por falta de medios e insumos que faltan hasta el momento.

“Lo grave es que, de momento, incluso en las zonas sanitarias donde teníamos que vacunar, la enfermedad ha vuelto con fuerza. Hasta este momento no hemos recibido ninguna vacuna para asegurar la atención y de ser necesario organizar una campaña de vacunación en toda la provincia”, continuó.

Cabe recordar que la epidemia de sarampión resurgió en la provincia de Kasai-Oriental el pasado mes de febrero. Esta enfermedad fue declarada en la zona sanitaria de Miabi el 8 de febrero de 2022.

A nivel nacional, la República Democrática del Congo notificó un total de 82.632 casos de sarampión desde principios de año, incluidas 1.120 muertes.

Más de 450 personas mueren por COVID-19 en Estados Unidos cada día a fines de agosto de 2022.

Cuando las vacunas contra la COVID-19 estuvieron disponibles por primera vez, los funcionarios públicos, las organizaciones comunitarias y los legisladores se movilaron para promoverla. Estos esfuerzos incluyeron inversiones significativas para hacer que las vacunas fueran accesibles para las poblaciones negras, hispanas, indias americanas y nativas de Alaska.

Estos grupos experimentaron tasas de mortalidad por COVID-19 excepcionalmente altas al inicio de la pandemia y tenían tasas de vacunación iniciales bajas.

Los esfuerzos dieron resultado. A partir de agosto de 2022, las tasas de vacunación para la serie primaria, o las dosis iniciales requeridas de vacunas contra la COVID-19, para personas negras e hispanas superaron las de los estadounidenses blancos.

Pero los refuerzos son una historia diferente. Ha habido una falta de esfuerzos comparables de promoción de las vacunas de refuerzo. La confusión en los mensajes de salud pública en torno a los refuerzos y los fondos federales limitados para implementar campañas de vacunación han resultado en una aceptación lenta de los refuerzos en todo el país.

Como resultado, han surgido nuevamente divisiones. Un estudio reciente de las tasas de refuerzo contra la COVID-19 encontró que 45% de los adultos blancos y 52% de los adultos asiático-americanos habían recibido refuerzos en enero de 2022. Pero solo 29% de los adultos negros y 31% de los adultos que reportaron otra identidad racial o étnica, como indio americano, nativo de Alaska, nativo de Hawai'i, isleño del Pacífico o multirracial.

A fines de agosto de 2022, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos informaron que 36,3% de los adultos blancos en Estados Unidos de 50 años o más y elegibles para una segunda vacuna de refuerzo la habían recibido. Esto se compara con solo 28,4% de la población negra, 31,3% de las poblaciones de indios americanos o nativos de Alaska y 25,1% de la población hispana.

Se espera que a principios de septiembre de 2022 estén disponibles nuevos refuerzos destinados a la subvariante Omicron actualmente dominante. Pero los beneficios de este nuevo refuerzo serán limitados si no se usa ampliamente.

Las tasas de refuerzo predicen las tasas de mortalidad en todos los condados

Un equipo de investigadores de salud poblacional de la Universidad de Boston y la Universidad de Minnesota estuvo rastreado las tasas de mortalidad por COVID-19 desde el comienzo de la pandemia, utilizando métodos demográficos para identificar los factores sociales y estructurales que influyen en la salud y contribuyen a las reformas de la salud pública y los sistemas de atención médica basadas en la evidencia.



Los estudios de vacunas sugieren que los adultos de 50 años o más que reciben una vacuna de refuerzo tienen tasas de mortalidad por COVID-19 un 90% más bajas que aquellos que reciben solo el régimen inicial de vacunas. Pero aún no está claro hasta qué punto los refuerzos se han traducido en beneficios para la salud a nivel de la población.

Los análisis preliminares indican que las personas en Estados Unidos que viven en condados con bajas coberturas de refuerzos mueren a causa de la COVID-19 a tasas más altas que las personas que viven en condados con altas coberturas de refuerzos. En particular, al comparar los condados en el 10% inferior de las tasas de refuerzo con los del 10% superior, las tasas de mortalidad por COVID-19 para los residentes del 10% inferior de los condados fueron 64% más altas. El análisis se aplica al período de enero a junio de 2022. También se ajusta por edades de los residentes.

Esta diferencia en las tasas de mortalidad puede reflejar en parte el hecho de que los condados con mayor protección de refuerzo también tienden a tener tasas más altas de vacunación primaria. No obstante, estos hallazgos sugieren que, a nivel de la población, las coberturas de refuerzos son ahora un factor clave detrás de las muertes por COVID-19.

Un estudio anterior encontró que las estrategias de vacunación dirigidas a áreas geográficas de alto riesgo salvan más vidas que las estrategias basadas únicamente en la edad. Por lo tanto, la evidencia sugiere que los fondos federales limitados para la promoción del refuerzo contra la COVID-19 deben enviarse a áreas geográficas que actualmente reportan altas tasas de muertes por COVID-19.

Aprendiendo de la comunidad

Una campaña de refuerzo eficaz podría basarse en las lecciones aprendidas de campañas de vacunación anteriores. En concreto, se trata de llevar las vacunas directamente a las personas. Desde los primeros días de distribución de vacunas durante la pandemia, las asociaciones con organizaciones religiosas, comunidades de viviendas y organizaciones comunitarias de confianza han logrado llegar a poblaciones con bajas tasas de vacunación.

Otras estrategias para hacer que los refuerzos sean más accesibles incluyen aumentar el acceso a los centros de vacunación a través del transporte público y fuera del horario laboral habitual. En las áreas rurales, las estrategias basadas en evidencia para promover la vacunación incluyen la educación de los embajadores de la comunidad, el uso de las redes sociales y la operación de sitios móviles de vacunación.

En ausencia de fondos federales, los esfuerzos de la comunidad han tenido como objetivo hacer que los refuerzos sean más accesibles. Un documental filmado en 2021 exploró los desafíos que una comunidad rural en Alabama, Panola, enfrentó con la vacunación. Destaca a la líder comunitaria Dorothy Oliver mientras promueve la vacunación con poco o ningún apoyo del gobierno. Sus esfuerzos incluyeron campañas de puerta en puerta, conversaciones con los residentes sobre sus temores y preocupaciones y coordinación de la logística de vacunación, incluida la programación y el transporte.

De manera similar, el Proyecto de Equidad de Vacunas Seward de Minneapolis augmentó las vacunas de refuerzo entre las familias inmigrantes de África Oriental al hacer que los voluntarios llamaran a los miembros de sus propias comunidades y les ofrecieran una cita de refuerzo y transporte. Los voluntarios también estuvieron disponibles para responder las preguntas de los residentes y abordar cualquier inquietud. Esfuerzos exitosos como esos podrían ser llevados a cabo por los departamentos de salud en una escala mucho más amplia.

Solo cuando [resurge en Occidente](#) se vuelve a oír hablar de la poliomielitis. El virus, pese a estar en vías de erradicación mundial, tiene confirmado [un contagio en el estado de Nueva York](#) y ha sido detectado en [aguas residuales de Londres](#). Y preocupa a las autoridades sanitarias. Pero es que hasta que se interrumpa la transmisión del poliovirus en Pakistán y Afganistán, [los dos únicos lugares donde la poliomielitis sigue siendo endémica](#), todos los países continúan en riesgo de importación de la enfermedad, según la [Iniciativa para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis \(IEMP\)](#). Especialmente los países vulnerables con servicios de inmunización y salud pública débiles y vínculos comerciales o de viaje con Pakistán y Afganistán.



La iniciativa para hacer desaparecer la poliomielitis se puso en marcha en 1988, con el objetivo de frenar esta enfermedad altamente infecciosa, paralizante y, en ocasiones, mortal, que se puede evitar con una vacuna. Hoy, se puede decir que ha sido un éxito: los casos se han reducido en 99% desde entonces. Según la [Alianza para las Vacunas \(GAVI\)](#), la IEMP ha ayudado a inmunizar a más de 3.000 millones de niños y, gracias a ella, más de 20 millones de personas que habrían quedado paralizadas caminan hoy.

¿El secreto? La [vacunación masiva](#). Primero con una vacuna en gotas orales con el virus atenuado y luego, cuando el país ya está libre de la enfermedad, con una inyección con el virus inactivo. Mantener los niveles de inmunización altos es crucial para cerrar el paso al germen, frente al que los niños menores de cinco años son particularmente vulnerables.

Así las cosas, el virus de la poliomielitis está dormido en todo el planeta, menos en Pakistán y Afganistán. Optimista, pero cauta con los avances, se muestra Melissa Corkum, coordinadora mundial de brotes de esta enfermedad del [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia \(UNICEF\)](#). “En lo que va de 2022, hemos reportado solo 15 casos de poliomielitis, 14 en Pakistán y uno en Afganistán. Nigeria, el otro país donde había poliomielitis salvaje [la que se produce a través de transmisión comunitaria frente a la que procede de la propia vacunación] ya [lleva desde 2016 sin notificar un solo caso](#)”, señaló. Las cifras han aumentado ligeramente con respecto a 2021, cuando hubo cuatro casos de poliomielitis salvaje en Afganistán y solo uno en Pakistán.

“Es verdad que todos los países del mundo, menos Pakistán y Afganistán, han detenido el virus. Pero para detenerlo de verdad hay que hacerlo en estos dos países, además de abordar los brotes. Mientras sigamos teniendo poliomielitis en alguna parte del planeta, todos los niños, de todas partes, están en riesgo. Estamos progresando, pero el objetivo es erradicar la enfermedad, llegar a cero. Para eso aún queda mucho trabajo”, aseguró.

¿La solución? Una inmunización de rutina más amplia y mejorada que considera “la columna vertebral de la erradicación”. Corkum, que lleva 20 años luchando contra la poliomielitis,

mantiene la esperanza. “Creo que, si nos comprometemos, lo lograremos. El virus está acorralado en dos lugares. Pero no podemos darnos el lujo de apartar la vista de la pelota”. De ser eliminada, la poliomielitis sería la segunda enfermedad humana erradicada después de la viruela, aniquilada en 1979.

En Pakistán y Afganistán, que representan un único bloque epidemiológico, hay varias barreras que superar para acabar con todas las formas de poliomielitis, explicó un portavoz de GAVI. “Los profundos vínculos sociales, culturales y económicos, el movimiento transfronterizo de población a gran escala, la inseguridad, la información errónea que resulta en una baja aceptación de la vacuna, las emergencias humanitarias derivadas de terremotos e inundaciones, o el fundamentalismo islámico, son algunas de ellas”, aclara.

El integrismo religioso, sobre todo, ha dificultado la inmunización durante los últimos años, dejando a millones de niños fuera del alcance de la campaña y, por lo tanto, exponiéndolos al contagio y facilitando que el virus continúe en circulación. De hecho, a principios del mes de junio de 2021, cinco trabajadores sanitarios que llevaban a cabo una campaña de vacunación contra la poliomielitis en la provincia afgana de Nangarhar murieron durante una serie de ataques extremistas, por lo que se suspendió el trabajo que pretendía proteger del virus a más de 10 millones de niños menores de cinco años.

Interrumpir toda la transmisión de la poliomielitis en Afganistán y Pakistán para fines de 2023 es el objetivo del plan estratégico para el periodo 2022-2026 de la IEMP. La vía hacia la erradicación, según el plan, pasa por “aumentar la voluntad política en todos los niveles de gobierno y con todos los agentes locales; forjar una alianza profunda y duradera con las comunidades marginadas; contar con un programa que funcione bien y que disponga de personal de primera línea adecuado y motivado que aplique inoculaciones de manera sistemática; emplear un enfoque integrado de prestación de servicios; e invertir permanentemente en la calidad y la mejora de las actividades de vigilancia y en las labores de detección oportuna”.

Un gigantesco retroceso

En cuanto a inmunización en general, sin embargo, la cosa no pinta del todo bien. Según datos del UNICEF, el nivel de vacunación en el mundo ha disminuido 5% entre 2019 y 2021. O, lo que es lo mismo: 25 millones de niños han dejado de recibir sus dosis. La tasa de vacunación es la más baja de los últimos 30 años: 81% para la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa (DTP3), que se considera un buen indicador del resto de las vacunas. Es decir, aunque no se mida la de la poliomielitis, es muy probable que también haya caído en una proporción muy similar. De esos 25 millones, 18 no recibieron ni una sola dosis de la DTP en todo el año. La mayoría de ellos viven en países de ingresos bajos y medianos: India, Nigeria, Indonesia, Etiopía y Filipinas registran las cifras más elevadas.

La disminución se debió a numerosos factores, según el portavoz de la GAVI. Algunos de ellos son el aumento del número de niños que viven en situaciones de conflicto y entornos frágiles, donde el acceso a la inmunización suele ser limitado; la propagación de información falsa y los problemas relacionados con la COVID-19, como las interrupciones en los servicios y las cadenas de suministro, el desvío de recursos para las labores de respuesta y las medidas de contención que restringieron el acceso y la disponibilidad de los servicios de vacunación.

La situación vuelve a ser muy preocupante, reconoció Corkum. “Amenaza décadas de arduo trabajo en algunas de las zonas más remotas del mundo, donde la precariedad de los servicios de salud, las reticencias culturales o los problemas logísticos derivados de la pandemia, han complicado sobremanera la implementación de las campañas de vacunación rutinaria”.



Medplus Pharmacy (Nigeria. Abril de 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 reporteepi-demiologocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.