

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza
- Tucumán: Informe de la OMS sobre el brote de legionelosis en una clínica de San Miguel

## AMÉRICA

- Brasil: Investigan un caso sospechoso de poliomielitis en Rorainópolis, Roraima
- Estados Unidos: Confirmaron los primeros casos de sarampión en Arizona después de tres años

- Honduras: Nueve regiones en alerta ante el incremento de los casos de dengue

- México: Ya suman 21.060 casos de varicela en lo que va de 2022

## EL MUNDO

- España: Detectan un fuerte incremento de casos de dengue en turistas procedentes de Cuba

- Filipinas: Reportan un incremento en los casos y muertes por rabia en 2022

- Pakistán: La OMS declaró el nivel más alto de emergencia sanitaria en el país

- Reino Unido: Identifican una nueva cepa del virus de la viruela símica

- República Democrática del Congo: Continúan reportándose casos de peste en la provincia de Ituri

- Singapur: Reportaron el primer caso de fiebre zika desde marzo de 2020

- Zimbabwe: Ya son 700 los niños muertos por sarampión en los últimos cinco meses

- La mayoría de los casos de viruela símica son HSH con el VIH

### Comité Editorial

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

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

### Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

### Editores adjuntos

RUTH BRITO  
ENRIQUE FARÍAS

### Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

### Patrocinadores

**sadi** Sociedad Argentina de Infectología **CSL Seqirus**

### 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.

En el año 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 32, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) 719.065 casos de enfermedad tipo influenza (ETI), con una tasa de incidencia acumulada de 1.555,2 casos cada 100.000 habitantes.

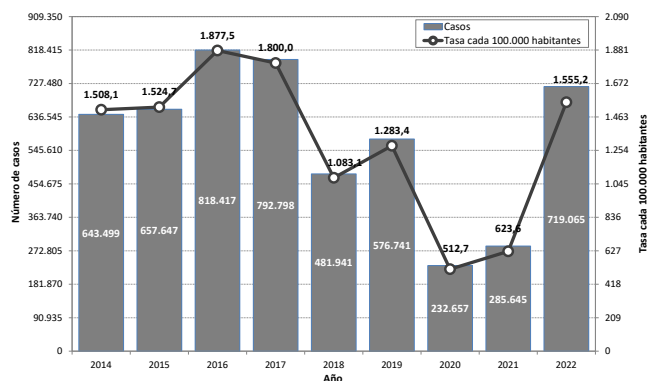
En base a los datos de las primeras 32 SE de los últimos nueve años, se observa que los que presentaron mayor número de notificaciones fueron 2016 y 2017, seguido por los casos registrados en el presente año. Si bien los registros de los años 2020 y 2021 fueron afectados por la pandemia de COVID-19, se observa un aumento también respecto de los dos años previos (2018 y 2019) para el mismo período en el presente año.

En el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMA) se analizaron mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 3.898 muestras para influenza. El porcentaje de positividad alcanzó un máximo entre las SE 16 y 17, con valores por debajo de 10% en el resto de las semanas; en la SE 33 el porcentaje de positividad fue de 2,38%.

Las muestras positivas para virus Influenza fueron 342: de éstas, 340 (99,4%) para Influenza A y dos (0,6%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 106 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A(H3N2) en 104 muestras e Influenza A(H1N1)pdm09 en dos muestras. Desde el comienzo de la implementación de la estrategia UMA y hasta la SE 29 se registró exclusivamente circulación de A(H3N2). En las SE 30 y 31 se registraron los dos casos de A(H1N1)pdm09.

Los casos de influenza se detectaron en todos los grupos etarios, con el mayor número de muestras positivas en los grupos de 25-34 años y 45-64 años.

Entre las SE 23 y 33, se analizaron en laboratorio 7.148 muestras de pacientes hospitalizados, con 269 detecciones positivas (porcentaje de positividad de 3,76%); de éstas, 262 fueron Influenza A y siete Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 122 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 103 (84,42%) son Influenza A(H3N2) y 19 (15,58%) son Influenza A(H1N1). En las muestras positivas para Influenza B, no se cuenta con la identificación de linaje.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2022, hasta semana epidemiológica 32. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En relación a la distribución temporal de los virus Influenza en casos hospitalizados, desde el inicio de la estrategia se registraron casos de influenza A(H3N2) y A(H1N1), aunque este último con menor frecuencia absoluta. Adicionalmente se identificaron casos aislados de influenza B sin identificación de linaje. Entre las SE 23 y 33, el porcentaje de positividad para influenza en el grupo analizado, se mantiene por debajo de 10%.

En el periodo analizado, las detecciones positivas para Influenza predominan en los grupos de menores de 5 años, en personas de 65 años o más, y en el grupo de 45 a 64 años.

Hasta la SE 29 de 2022, se registraron 97 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

El 29 de agosto de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue notificada por el Ministerio de Salud de Argentina de un [reporte](#) del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán, de un clúster de seis casos de neumonía bilateral sin causa etiológica identificados en la ciudad de San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán. Los seis casos estaban vinculados a un establecimiento de salud privado en la ciudad de San Miguel de Tucumán, con el inicio de los síntomas entre el 18 y el 22 de agosto de 2022. Los seis casos incluyeron a cinco trabajadores de la salud y un paciente que ingresó a la clínica por una condición no relacionada, y posteriormente trasladado a la unidad de cuidados intensivos después de desarrollar neumonía. Además de la neumonía bilateral, todos los casos presentaron fiebre, mialgias, dolor abdominal y disnea.

El 1 de septiembre, [se identificaron tres casos adicionales](#) a través de la búsqueda activa de casos, todos trabajadores de la salud del mismo centro de salud privado, con edades entre 30 y 44 años, con signos y síntomas similares a los seis casos iniciales identificados. El inicio de los síntomas de estos casos fue entre el 20 y el 25 de agosto de 2022.

Entre el 2 y el 3 de septiembre [se identificaron dos casos adicionales](#), un varón de 81 años y otro de 64 años, ambos con comorbilidades, que fueron hospitalizados y presentaron un cuadro clínico similar a los casos anteriores.

Al 3 de septiembre de 2022, se han identificado 11 casos, cuatro de los cuales han muerto (tres trabajadores de la salud). Ocho de los 11 casos reportados son trabajadores de la salud del mismo establecimiento de salud. La mediana de edad de los casos es de 45 años; siete son hombres. Diez casos tenían condiciones subyacentes y/o factores de riesgo de enfermedad grave, incluidas las cuatro muertes informadas. Cuatro casos siguen hospitalizados al 3 de septiembre. Los contactos de los casos están bajo seguimiento y, hasta la fecha, ninguno ha desarrollado síntomas.<sup>1</sup>

## Resultados de laboratorio

Se obtuvieron muestras de sangre, respiratorias y de tejidos de los 11 casos. Las pruebas preliminares realizadas en el Laboratorio de Salud Pública local dieron negativo para virus respiratorios y otros agentes virales, bacterianos y fúngicos. El 31 de agosto se enviaron [muestras de los seis casos iniciales al Laboratorio Nacional de Referencia](#) –Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’– para análisis adi-

<sup>1</sup> El 6 de septiembre de 2022, el ministro de Salud Pública de Tucumán, Luis Medina Ruiz, anunció un cambio en el criterio de inclusión de los pacientes dentro del brote y a raíz de eso, se confirmaron 11 nuevos casos vinculados al clúster de casos de neumonía bilateral. Así el brote infeccioso iniciado en la Clínica Luz Médica de San Miguel de Tucumán sumaría 22 contagios en total, de los cuales seis murieron.

Al aplicar este nuevo criterio, se informó que se incluyeron dentro del brote ocho personas más: un paciente, dos del personal de salud y cinco cuidadores de pacientes que estaban internados. Todos los contagios ocurrieron en el mismo centro médico privado. Más tardes otros tres pacientes fueron incluidos en la lista de afectados.

De estos nuevos casos, uno padece comorbilidad severa, ya que sufrió un accidente cerebrovascular y, además, padece neumonía. Es el único paciente en estado grave de los nuevos contagios incluidos en el brote.

Asimismo, dos nuevas muertes se confirmaron relacionadas con el brote: dos hombres de 64 y 81 años con comorbilidades. Por lo tanto, el ministro de Salud provincial confirmó que, hasta ahora, el brote originado en el centro médico privado de San Miguel de Tucumán causó 6 muertes, 10 personas con seguimiento médico de forma ambulatoria y seis pacientes hospitalizados, de los cuales tres están con asistencia respiratoria mecánica.

cionales. Al 3 de septiembre de 2022 se habían obtenido resultados negativos para COVID-19 (mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa, RT-PCR), Influenza, detección de anticuerpos para *Coxiella*, antígeno urinario para *Legionella* spp., panel de 12 virus respiratorios, hantavirus (Elisa IgM), *Histoplasma* (RT-PCR), *Yersinia pestis* (mediante reacción en cadena de la polimerasa, PCR) y microaglutinación para leptospirosis.

Análisis posteriores de dos muestras de lavado broncoalveolar mediante secuenciación de ADN total altamente sensible (metagenómica) encontraron lecturas compatibles con *Legionella* spp. El 3 de septiembre, la ANLIS informó que los productos de amplificación del gen ribosomal 16S para *Legionella* spp. de las dos muestras de lavado broncoalveolar secuenciadas por metagenómica y analizadas por cuatro métodos bioinformáticos diferentes, arrojaron resultados compatibles con *Legionella pneumophila*. Se espera la confirmación de estos resultados al finalizar los procesos de secuenciación. Este resultado de laboratorio apoya la evidencia compatible con legionelosis. Se continúan realizando hemocultivos y pruebas de seroconversión para complementar el diagnóstico de infección por *Legionella*.

## Respuesta de salud pública

En respuesta a la detección del clúster de neumonía bilateral, las autoridades sanitarias de la provincia de Tucumán coordinaron las actividades de investigación, incluido el seguimiento de los casos, la búsqueda de la(s) fuente(s) de infección, la búsqueda activa de casos para identificar casos adicionales y el rastreo de contactos. Las investigaciones preliminares indicaron la ausencia de casos secundarios.

Al identificarse *Legionella* spp. como la etiología de este brote, se implementaron las siguientes medidas de salud pública:

- Evaluación de riesgos y suspensión de actividades asistenciales en el establecimiento de salud.
- Vigilancia intensificada, incluida la detección activa y pasiva de casos.
- Muestreo biológico y ambiental, y pruebas de laboratorio, incluido el aislamiento de bacterias y la metagenómica.
- Aislamiento de casos y atención clínica de los pacientes.
- Identificación de contactos, apoyo y seguimiento.
- Comunicación de riesgos

Con el apoyo de las autoridades sanitarias nacionales, se están recolectando muestras ambientales para definir la fuente de contaminación e implementar con urgencia medidas de prevención y control. Las autoridades de salud también están implementando estrategias de comunicación interna y externa para los profesionales de la salud y la comunidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS está brindando apoyo técnico para la investigación del brote, incluido el asesoramiento sobre muestreo, evaluación ambiental, manejo clínico y medidas de prevención y control de infecciones.

## Evaluación de riesgos de la OMS

Se han informado previamente brotes esporádicos de neumonía por legionelosis en Argentina. Se están implementando sólidas actividades de vigilancia en el establecimiento de salud afectado. No obstante, en ausencia de una fuente identificada de la bacteria *Legionella*, el riesgo de desarrollar legionelosis para las personas que trabajan u hospitalizadas en el mismo establecimiento de salud es actualmente moderado.

Los países con casos de legionelosis informados después de viajar a Argentina deben notificar a su punto focal regional del Reglamento Sanitario Internacional.

## Consejo de la OMS

La OMS recomienda la continuación de los análisis de laboratorio, la identificación de casos y la atención clínica, el rastreo de contactos, la investigación de brotes para identificar la(s) fuente(s), la implementación de medidas para prevenir más infecciones y la mejora de las medidas de prevención y control de infecciones. Estas medidas se han mejorado en los establecimientos de salud durante la pandemia de COVID-19 y deben reforzarse para prevenir la transmisión asociada a la atención médica. Se deben seguir las precauciones que se recomiendan para COVID-19.

La OMS no recomienda ninguna medida diferente específica para los viajeros. En caso de síntomas que sugieran una enfermedad respiratoria, ya sea durante o después del viaje, se alienta a los viajeros a buscar atención médica y compartir su historial de viaje con su proveedor de atención médica.

La OMS desaconseja la aplicación de restricciones comerciales o de viaje con Argentina con base en la información actual disponible sobre este evento.

---

Legionelosis es un término genérico que describe las formas neumónicas y no neumónicas de infección por bacterias de la especie *Legionella*. La legionelosis varía en gravedad de leve a grave y, en ocasiones, puede ser mortal.

La legionelosis varía en gravedad, desde una enfermedad febril leve hasta una forma de neumonía grave y, a veces, mortal, y es causada por la exposición a las especies de *Legionella* que se encuentran en el agua contaminada y en las mezclas de tierra para macetas. La forma más común de transmisión de la legionelosis es la inhalación de aerosoles de fuentes de agua contaminadas. Las fuentes que se han relacionado tanto con la transmisión de *Legionella* a través de aerosoles como con brotes de legionelosis incluyen torres de enfriamiento de aire acondicionado o condensadores evaporativos asociados con aire acondicionado y enfriamiento industrial, sistemas de agua fría y caliente, humidificadores y spas con hidromasaje. La infección también puede ocurrir por aspiración de agua o hielo contaminados, particularmente en pacientes hospitalarios susceptibles. Hasta la fecha, no se ha informado de transmisión directa de persona a persona.

La forma neumónica de la enfermedad tiene un período de incubación de 2 a 10 días (pero se han registrado hasta 16 días en algunos brotes). Es una causa importante de neumonía adquirida en la comunidad y en el hospital; y aunque es poco común, puede causar brotes de importancia para la salud pública. Inicialmente, los síntomas son fiebre, tos leve, pérdida del apetito, dolor de cabeza, malestar general y letargo, y algunos pacientes también experimentan dolor muscular, diarrea y confusión. La gravedad de la enfermedad varía desde una tos leve hasta una neumonía rápidamente letal. La legionelosis no tratada suele empeorar durante la primera semana.

La mortalidad por legionelosis depende de la gravedad de la enfermedad, el uso del tratamiento con antibióticos, el lugar donde se adquirió *Legionella* y si el paciente tiene afecciones subyacentes, incluida la inmunosupresión. La tasa de mortalidad puede llegar a 40-80% en pacientes inmunodeprimidos no tratados y puede reducirse a 5-30% mediante el manejo adecuado del caso, según la gravedad de los signos y síntomas clínicos. En general, la tasa de mortalidad suele oscilar entre 5 y 10%.



BRASIL

INVESTIGAN UN CASO SOSPECHOSO DE  
POLIOMIELITIS EN RORAINÓPOLIS, RORAIMA

02/09/2022

Se está investigando un caso sospechoso de poliomielitis en el estado de Roraima. La Secretaría Municipal de Salud de Rorainópolis, en el sur del estado, informó que la Coordinación de Vigilancia en Salud recibió la notificación del caso el 29 de agosto. Se trata de una niña de 14 años con parálisis flácida aguda, un síndrome que puede tener otros diagnósticos.

El último caso de la enfermedad en el país se registró en 1989, en el estado de Paraíba. La poliomielitis se considera erradicada en el país desde 1994. En agosto, el Ministerio de Salud lanzó una campaña nacional de vacunación con el objetivo de ampliar la cobertura de vacunación contra la enfermedad.

La estimación de la cartera es inmunizar a casi 15 millones de niños contra la poliomielitis. La población objetivo son los niños menores de 5 años, que suman más de 14,3 millones de personas, y los niños menores de 1 año deben vacunarse de acuerdo con el estado de vacunación detectado para el régimen primario, según el ministerio.

La cartera recomienda que los niños de uno a cuatro años sean vacunados indiscriminadamente con la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV), siempre que ya hayan recibido las tres dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (VIP) en el régimen básico.

“Debemos inmunizar a 15 millones de niños contra la poliomielitis. No es competencia exclusiva del Ministerio de Salud realizar este tipo de acciones. Tenemos los programas de inmunización de los estados y municipios que son fundamentales e imprescindibles para que la vacuna, que es un deber del estado, pero sobre todo un derecho de todo brasileño, pueda llegar a cada uno de nuestros 15 millones de niños”, dijo el ministro de Salud brasileño, Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes, en el lanzamiento de la campaña.

El Ministerio de Salud advirtió que la vacunación es la única forma de prevención de la poliomielitis y que todos los niños menores de cinco años deben ser inmunizados.

La cobertura de vacunación contra la poliomielitis se encuentra por debajo de la meta de 95% desde 2016 lo que, según los expertos, puede favorecer la reintroducción del virus en el país.

El presidente de la Sociedad Brasileña de Inmunizaciones (SBIIm), Juarez Cunha, dijo que el riesgo de un retorno de la poliomielitis en Brasil se considera alto.

“Tenemos vacunas seguras, efectivas y gratuitas que ofrecen todas las posibilidades de prevenir el resurgimiento de esta enfermedad en Brasil, pero vemos poca adhesión tanto a la campaña del gobierno contra la poliomielitis como a todas las demás vacunas”, dijo Cunha.



Por primera vez en tres años, el Departamento de Salud Pública del Condado de Maricopa (MCDPH) confirmó tres casos relacionados de sarampión en el condado. Los infectados son un adulto y dos niños, y ninguno de los tres estaba vacunado.

Uno de los casos presentó una enfermedad grave, por lo que debió ser hospitalizado. El MCDPH confirmó que los tres casos están relacionados. Uno de ellos viajó al extranjero a un área afectada por el sarampión y al parecer contrajo allí la enfermedad.

El MCDPH está realizando la investigación de los casos y el rastreo de contactos en los tres casos. “Estamos trabajando diligentemente con los casos y sus proveedores de atención médica para identificar cualquier posible exposición y notificar de inmediato a las personas que estuvieron expuestas”, dijo el Dr. Nick Staab, médico epidemiólogo del MCDPH. “Lo más importante que cualquiera puede hacer para protegerse es vacunarse contra el sarampión si aún no lo ha hecho”.

El Departamento de Servicios de Salud de Arizona está haciendo advertencias sobre las vacunas. En Arizona, poco más de 90% de los estudiantes de kindergarten recibieron la vacuna triple viral, contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis, una cobertura inferior a la de los dos años lectivos previos. Se necesita un porcentaje de al menos 95% para alcanzar la inmunidad colectiva.

Los condados de Santa Cruz y Yuma presentan las tasas de vacunación más altas, mientras que el condado de Maricopa alcanza a 90%. El condado de Yavapai está en el nivel más bajo, con 77%. Los datos estatales también muestran que la cantidad de niños con exenciones por creencias personales ha aumentado durante el mismo período.

---

Es notable que este brote de sarampión en Arizona, Estados Unidos, comenzara después de una infección en otro país no identificado, lo que demuestra la importancia de la vacunación incluso cuando el sarampión se ha eliminado en el propio país. Pero incluso con 90% de los niños vacunados, como es el caso de algunos condados de Arizona, este virus altamente infeccioso puede propagarse. El sarampión es un problema en muchos países en la actualidad.

El sarampión está activo en todas las regiones del mundo. Todos los casos de sarampión en Estados Unidos se han asociado con casos relacionados con viajes que posteriormente infectaron a personas no vacunadas o vacunadas de forma incompleta. Casi 41 países pospusieron o planeaban posponer campañas contra el sarampión para 2020 o 2021 debido a la pandemia de COVID-19.



Nueve regiones de Honduras están bajo alerta por el incremento de casos de dengue, de acuerdo con lo informado por las autoridades de la Secretaría de Salud.

Las regiones sanitarias en alerta amarilla son los departamentales de Atlántida, Colón, Cortés, Choluteca, El Paraíso, Olancho, Yoro y las metropolitanas del Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela) y San Pedro Sula.

En lo que va del año se registraron en el país 16.318 casos de dengue, de los cuales 16.021 son con signos de alarma (98%). Hasta la fecha han fallecido 13 hondureños a causa de esta enfermedad transmitida por el mosquito.

Según datos de la Unidad de Vigilancia de la Secretaría de Salud, en la semana epidemiológica 33 de este año se notificaron a nivel nacional 727 casos de dengue con y sin signos de alarma. Comparando la misma semana del año pasado cuando se notificaron 315 casos, hay un incremento de 412, es decir que aumentó en 56% los enfermos por el virus en el país.

De enero de 2022 a la fecha hay 16.021 hondureños afectados por dengue, en comparación al mismo periodo de 2021 cuando se registraron 6.536 casos, que representa un aumento de 59%, es decir 9.485 casos más.

Las regiones con mayor porcentaje de casos acumulados de dengue son el Distrito Central (6.698 casos, 44% de los casos a nivel nacional), Choluteca (1.255 casos, 8%), Yoro (1.051 casos, 7%), Olancho (900 casos, 6%), El Paraíso (863 casos, 5%), Atlántida (722 casos, 4%) y Cortés (676 casos, 4%).

### **Más sobre el dengue**

Las regiones Metropolitana de San Pedro Sula, Metropolitana del Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagüela), Choluteca y El Paraíso se encuentran sobre la tasa de incidencia nacional de casos de dengue grave de 3 afectados cada 100.000 habitantes. El 30% de los casos de dengue grave está en el Distrito Central, con 88 de los 297 enfermos reportados a nivel nacional.

En último lugar está la Región Metropolitana de San Pedro Sula con 617 casos, es decir un 4%. “Aún estamos estables, en las últimas siete semanas hemos tenidos entre 315 y 350 casos de dengue por semana a nivel nacional. Podemos decir que estamos en alerta, pero estables en la curva epidemiológica”, expresó Gilberto Ramírez, coordinador de la Mesa Intersectorial de la Secretaría de Salud. Yulieth Chavarría, portavoz del Hospital Escuela de Tegucigalpa, detalló que hasta la semana pasada habían sido ingresadas 692 personas con síntomas de dengue.

En el Hospital Nacional ‘Dr. Mario Catarino Rivas’ de San Pedro Sula han sido atendidos 193 pacientes con dengue desde enero hasta la semana pasada. En 2021, a la misma fecha, en ese centro asistencial habían sido atendidos 500 enfermos.

Rafael Rodríguez, coordinador técnico de Vigilancia Epidemiológica de la alcaldía de San Pedro Sula, dijo que en los barrios y colonias de esta ciudad hay una positividad de dengue de entre 25 y 30%. Añadió que los operativos para la erradicación del mosquito transmisor del dengue no se han detenido en la ciudad.

Los casos de varicela aumentaron considerablemente en México. Hasta el momento ya suman 21.060 contagios en lo que va de 2022, en comparación con el año anterior, en el que se registraron 8.897 contagios, lo que representa un incremento de 137%.

De acuerdo con el último Boletín Epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, hasta el 20 de agosto de 2022, la suma de contagios de varicela era de 21.060 casos, de los cuales 11.057 se registraron en hombres y 10.003 en mujeres.

Ante estas cifras, las autoridades y especialistas de la salud han pedido a la población intensificar las precauciones para evitar este padecimiento e impulsar la vacunación.

Entre las recomendaciones que ha hecho la Secretaría de Salud se encuentran: no rascarse para prevenir que las vesículas se infecten, mantener las manos y uñas limpias y evitar el contacto con mujeres embarazadas.

El tratamiento de la varicela consiste en atender la comezón y controlar la temperatura y solo en casos en los que se presente un mayor riesgo de complicación, con la prescripción de un antiviral.

Los hospitales españoles han detectado en las últimas semanas un fuerte incremento de casos de dengue en viajeros procedentes de Cuba, país que sufre una fuerte epidemia de esta enfermedad infecciosa causada por un virus y transmitida por la picadura de mosquitos del género *Aedes*. Los datos disponibles ofrecidos por las comunidades autónomas son aún provisionales y es previsible que aumenten en próximas fechas por los retrasos en la notificación, pero ya muestran que cerca de dos terceras partes del centenar largo de diagnósticos notificados este verano en España –Cataluña, Murcia, Castilla-La Mancha y Canarias no han ofrecido datos– procede de la isla caribeña.

“Tras dos años de pandemia, en los que hubo pocos casos importados por las restricciones de viajes, estamos volviendo a los niveles de 2019 y veranos anteriores. La particularidad ahora es que la mayoría de los turistas enfermos provienen de un solo país: Cuba”, explicó Marta Díaz Menéndez, responsable de la Unidad de Patología Importada y Salud Internacional del Hospital Universitario ‘La Paz-Carlos III’ (Madrid).

Este centro sanitario ha atendido en las últimas dos semanas a 15 enfermos de dengue, de los que 13 procedían de Cuba. A este país había viajado la mayoría de los 36 pacientes atendidos en la Comunidad de Madrid y nueve en Andalucía; la mitad de los 14 en la Comunidad Valenciana; seis de los ocho de Navarra; y los dos hospitalizados en Extremadura, según los datos ofrecidos por las comunidades que incluyen el dato del país del que viajaron los pacientes.

“No es algo que ocurra solo en España. Pertenecemos a una red internacional de centros especializados en medicina tropical y otros países han observado el mismo fenómeno”, añadió Díaz Menéndez. Cuba es también el primer país de origen de los casos de dengue importado diagnosticados en Francia –44 de los 123 positivos detectados hasta el pasado día 26–, mientras 193 de los 216 turistas afectados en Florida (Estados Unidos) también procedían de la isla.

El dengue es una enfermedad causada por un virus del género *Flavivirus*, del que existen cuatro serotipos denominados del 1 al 4 que circulan de forma endémica en la mayoría de las zonas tropicales del mundo. Aunque hasta 80% de las infecciones cursan de forma asintomática, el resto de los casos produce fiebre elevada y una erupción cutánea, entre otros síntomas, y un pequeño número de pacientes (menos de 5%) desarrollará cuadros graves como el dengue hemorrágico, que llegan a ser mortales hasta en una tercera parte de los casos.

“Esto ocurre si el enfermo no recibe el tratamiento adecuado, por lo que es importante requerir asistencia médica en caso de haber viajado a un país endémico y desarrollar síntomas”, afirmó Díaz Menéndez. Aunque no existe tratamiento específico en forma de antiviral, “la

mortalidad se reduce muchísimo si el paciente recibe durante la fase grave un buen apoyo vital en una unidad hospitalaria”, añadió esta especialista.

Pasar la enfermedad confiere inmunidad durante el resto de la vida para el serotipo que ha causado la infección, pero de corta duración para las otras tres. “Sufrir una segunda infección con otro serotipo aumenta el riesgo de desarrollar un cuadro grave y esto complica la situación de Cuba y otros países de la zona, porque en ellos están circulando de forma simultánea los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-3”, precisó Manuel Linares Rufo, presidente de la Fundación iO, especializada en medicina tropical y del viajero.

“Hay una elevada circulación del virus del dengue en la zona del Caribe, Brasil y otros países latinoamericanos, pero la situación es especialmente complicada en Cuba, un país al que los españoles viajan mucho. Allí han coincidido el pico epidémico que se produce de forma natural cada cuatro o cinco años con factores locales como las restricciones de combustibles que limitan el número de fumigaciones y la reducción de las labores de prevención durante la pandemia de COVID-19”, explicó Linares Rufo.

Los datos ofrecidos por el Ministerio de Salud Pública de Cuba muestran que el país sufre este verano la peor epidemia de dengue de los últimos años, con casi 12.000 casos notificados en la tercera semana de agosto. De seguir esta tendencia –la circulación del virus se multiplica en la temporada de lluvias, entre mayo y fines de octubre–, las cifras de esta temporada dejarán pequeñas las registradas en 2019, último año en el que la isla caribeña alcanzó un pico epidémico. [Según datos de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), ese año fueron detectados más de tres millones de casos en el continente americano, de los que 28.000 fueron graves y causaron 1.534 fallecimientos.

La principal forma de transmisión del virus del dengue es a través de la picadura de los mosquitos *Aedes*, aunque también pueden producirse contagios por contacto con la sangre de un enfermo, de madre a hijo durante el parto y, de forma muy excepcional, por vía sexual. [El Hospital Universitario ‘Dr. Santiago Ramón y Cajal’ diagnosticó en 2019 uno de los primeros casos del mundo de transmisión de la enfermedad de esta forma.](#)

Los expertos recomiendan informarse bien de la situación de la enfermedad en el país al que se vaya a viajar. “Es importante prevenir las picaduras de mosquito con el uso de repelentes y ropa que cubra la mayor parte posible del cuerpo, especialmente si se sabe que ya se ha pasado la infección una vez”, aconsejó Linares Rufo. En el caso de que el viajero empiece a desarrollar síntomas, debe evitarse tomar ibuprofeno u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroides similares para mitigar la fiebre y el malestar. “El tratamiento indicado es el paracetamol, porque el dengue produce una caída de plaquetas que el ibuprofeno agrava y es contraproducente tomarlo”, añadió este experto.

El dengue fue una de las enfermedades, como la fiebre amarilla, erradicadas en Europa a principios del siglo XX gracias a la eliminación del mosquito *Aedes aegypti* en las ciudades costeras. Este insecto no es capaz de sobrevivir a los inviernos mediterráneos, pero las características de la navegación de la época propiciaban reintroducciones anuales en primavera y verano que causaban importantes brotes epidémicos.

La situación ha cambiado con la irrupción de *Aedes albopictus*, cuyos huevos sí sobreviven al frío moderado, que en las dos últimas décadas se ha establecido en zonas de España como la costa mediterránea, algunos puntos del valle del Ebro y localidades de la cornisa cantábrica. La presencia de esta especie –capaz de transmitir el dengue y otros virus como el zika y el chikungunya– y la llegada de viajeros infectados de zonas endémicas [ha propiciado en los](#)

últimos años pequeños brotes de dengue en España, algo que también ha ocurrido en países europeos como Francia, que este verano ha registrado siete contagios locales.

Para prevenir estos casos, las administraciones han desarrollado protocolos que tratan de seguir el rastro de los casos importados de dengue tras su llegada a España en aquellas zonas con presencia de *Ae. albopictus*. “El proceso se inicia en los hospitales. Se realiza una encuesta epidemiológica al paciente para saber dónde ha estado y si le han picado mosquitos. Luego visitamos los lugares en los que ha pasado la fase de viremia para eliminar los focos de cría. Con el uso de trampas también vigilamos si hay mosquitos portadores del virus, en cuyo caso se emprenden medidas más activas para acabar con los ejemplares adultos de la zona”, detalló Núria Busquets Martí, especialista en arbovirus y mosquitos en el Centro de Investigación en Sanidad Animal, del Instituto de Investigación y Tecnología Agroalimentaria, centro dedicado a la investigación en sanidad animal de la Generalitat de Catalunya.

El Departamento de Salud de Filipinas informó el 2 de septiembre los últimos datos sobre la rabia humana en el país.

Desde principios de año hasta el 13 de agosto, las autoridades reportaron 222 casos de rabia humana en 16 de las 17 regiones del país. El 100% de los casos terminaron en muerte.

Este es un aumento de 17% en comparación con el mismo período en 2021, cuando se contabilizaron 190.

La región de Gitnang Luzón notificó la mayor cantidad de casos de rabia con 35, seguida de Calabarzon (26) y Davao y Soccsksargen con 22 cada uno.

Solo la Región Administrativa Cordillera no reportó casos de rabia humana a la fecha.

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que la rabia causa 59.000 muertes humanas al año en más de 150 países, y 95% de los casos ocurren en África y Asia. Debido al subregistro generalizado y las estimaciones inciertas, es probable que este número sea una subestimación grave de la carga real de la enfermedad. El 99% de los casos de rabia son transmitidos por perros y la carga de la enfermedad la soportan de manera desproporcionada las poblaciones rurales pobres, con aproximadamente la mitad de los casos atribuibles a niños menores de 15 años.

La rabia es una carga importante en Asia, con un estimado de 35.172 muertes humanas por año. India representa 59,9% de las muertes por rabia en Asia y 35% de las muertes a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) colocó a Pakistán en el mayor nivel de emergencia y liberó fondos para tratar los heridos, entregar suministros sanitarios y prevenir brotes de enfermedades.

El director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, dijo que semanas de fuertes lluvias monzónicas causaron extensas inundaciones y deslizamientos de tierra, con un saldo de más de 1.290 muertos

–entre ellos 380 niños–, casi 12.500 personas heridas, y más de 1.460 instalaciones sanitarias dañadas, de las cuales 432 fueron totalmente devastadas y 1.028 recibieron daños parciales.

Tres cuartas partes de los distritos del país se encuentran bajo el agua. Más de 33 millones de personas se han visto afectadas, incluidas 6,4 millones que necesitan urgentemente ayuda humanitaria. Casi 634.000 personas desplazadas están viviendo en campamentos de acogida.

Los daños en las infraestructuras sanitarias, la escasez de médicos y la limitación de los suministros sanitarios perturban los servicios de salud, mientras los niños, las mujeres embarazadas y las madres lactantes están en mayor riesgo, agregó.

Ghebreyesus reconoció que las actuales amenazas sanitarias que enfrenta Pakistán, como la pandemia de COVID-19, el cólera, la fiebre tifoidea, el sarampión, la leishmaniosis, el VIH/sida y la poliomielitis, podrían verse exacerbadas por la contingencia climática.

Los primeros datos de las actividades de vigilancia de enfermedades indican que decenas de miles de personas están siendo afectadas por diarrea, malaria, infecciones respiratorias agudas, infecciones oculares y cutáneas, fiebre tifoidea y otras patologías.

El incremento en la transmisión de la malaria sigue siendo una amenaza, y ya se están presentando muchos casos en los establecimientos sanitarios de las áreas afectadas por las inundaciones.

Expertos en salud alertaron que hasta cinco millones de pakistaníes podrían enfermarse en las próximas cuatro a 12 semanas.

Entre tanto, la pérdida de cultivos y ganado tendrá un impacto significativo en la nutrición y la salud de muchas comunidades que dependen de estos recursos.

La OMS está copresidiendo con las autoridades sanitarias el Comité de Coordinación del Sector Salud a los niveles nacional y provinciales. También está liderando una evaluación de salud urgente con sus socios sobre los servicios de salud afectados para identificar las áreas prioritarias clave que requieren una respuesta, incluida la prestación de servicios de salud de rutina y de emergencia.

La organización ya llegó a casi 600.000 personas con respuesta de salud a través del apoyo a los departamentos de salud en las provincias de Sindh y Baluchistán. Entregó 1,5 millones de



dólares en medicamentos esenciales, reservas de emergencia, suministros médicos, kits de purificación de agua, tanques, sachets de solución de rehidratación oral y tiendas de campaña, distribuidos en respuesta a la emergencia por las inundaciones.

La OMS liberó 10 millones de dólares del Fondo de Contingencia para Emergencias de la OMS, para apoyar el tratamiento de los heridos, entregar suministros a los establecimientos de salud y prevenir la propagación de enfermedades infecciosas.

Además, está apoyando el fortalecimiento de la vigilancia de enfermedades en los distritos afectados por las inundaciones y a los laboratorios para la detección de enfermedades a través de la provisión de más de 230.000 pruebas rápidas para diarrea acuosa aguda, malaria, dengue, hepatitis A-E y fiebre chikungunya.

Se está reorientando la respuesta de los equipos móviles de salud hacia los distritos afectados para llevar a cabo servicios médicos de extensión basados en las instalaciones, incluida la salud materna, neonatal e infantil y el apoyo nutricional.



La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) anunció que ha encontrado una nueva cepa del virus de la viruela símica en el Reino Unido, en una persona que había viajado recientemente a África Occidental. La cepa todavía está dentro del mismo clado IIB que es común en el Reino Unido, pero las pruebas genómicas han indicado que es una nueva subespecie que no se había identificado previamente en el país.

El individuo, a quien se le diagnosticó viruela símica, ingresó en la unidad de Enfermedades Infecciosas de Altas Consecuencias (HCID) en el Royal Liverpool University Hospital, de acuerdo con la orientación del Comité Asesor sobre Patógenos Peligrosos (ACDP).

No se ha revelado cómo contrajo el virus el paciente.

### Identificación de los contactos cercanos

La UKHSA informó que está trabajando para identificar y contactar a las personas que tuvieron contacto cercano con el paciente antes de que se confirmara la viruela símica para “evaluarlos según sea necesario y brindar asesoramiento”.

Un portavoz dijo que el rastreo de contactos no había identificado más casos hasta la fecha.

La Dra. Sophia Maki, directora de Incidentes de la UKHSA, dijo: “La UKHSA y el Sistema Nacional de Salud (NHS) tienen procedimientos de control de infecciones sólidos y bien establecidos para tratar casos de enfermedades infecciosas importadas y estos se seguirán estrictamente. El riesgo para la población en general es muy bajo”.

“Les recordamos a todos los que planean viajar a África Occidental y Central que estén alertas a los síntomas de la viruela símica y que llamen al 111 si tienen síntomas a su regreso”, agregó.

### Cambios en los informes

Si bien la UKSHA dijo que la cepa recién detectada no es la misma que la que circula actualmente en el Reino Unido, se ha confirmado que todavía se encuentra dentro del clado IIB (anteriormente llamada variante de África Occidental), que es la forma más leve del virus, a diferencia del clado I, más peligroso (anteriormente conocida como la variante de la cuenca del Congo).

La agencia dijo en un comunicado: “El ACDP ha advertido previamente que las importaciones de viruela símica directamente desde África Occidental, así como los casos causados por el clado I del virus, aún deben clasificarse como HCID, ya que no podemos predecir sus características”.

A partir del 10 de junio, los nuevos casos de viruela símica que forman parte del brote actual en el Reino Unido, denominado clado IIB, no necesitan clasificarse como HCID. Las nuevas reglas para que los casos de viruela símica se notifiquen como HCID incluyen:

- Historial de viajes a África Occidental o Central, un enlace a un viajero de esas regiones, o un enlace a un caso que se sabe que está fuera del clado del brote actual.
- Se secuencian y se sabe que está fuera del clado del brote actual,

- Resulta de un nuevo salto zoonótico en cualquier país o entorno.

### **Datos más recientes**

Al 26 de agosto, hay 3.389 casos confirmados y muy probables en el Reino Unido, de los cuales 3.239 están en Inglaterra, y 70% de esos casos están en Londres. De ellos, 99% son hombres y 41 casos son mujeres. La mediana de edad de los pacientes en el Reino Unido es de 36 años.

La mayoría de los casos se transmitieron entre la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres.

Si bien se siguen confirmando nuevos casos, la UKHSA dice que el número está disminuyendo.

La Dra. Meera Chand, directora de Infecciones Clínicas y Emergentes de la UKHSA, dijo: “Es alentador que la cantidad de nuevos casos de viruela símica en el Reino Unido siga disminuyendo, sin embargo, el brote en el país y en todo el mundo no ha terminado”.

“Quienes son elegibles para una vacuna, deben esperar la llamada del NHS, y la recibirán una vez que el suministro esté disponible en el área. Estamos trabajando con el fabricante para garantizar la entrega lo más rápido posible”.

Hasta el 30 de agosto, se administraron 38.079 dosis, incluidas 33.918 como vacunas previas a la exposición, principalmente a miembros de la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres. También se han aplicado a 1.992 trabajadores de la salud y 2.169 contactos cercanos de pacientes.

Entre el 27 de marzo y el 31 de agosto de 2022, es decir, tras 158 días de epidemia, la zona sanitaria de Rethy, ubicada en el territorio de Djugu, provincia de Ituri, República Democrática del Congo, continúa notificando casos de peste. Se ha notificado un total de 596 casos sospechosos, lo que representa una tasa de ataque de 0,23%, con ocho muertes (tasa de letalidad de 1,3%). Hasta el momento, el área sanitaria más afectada es Lokpa, con 78,4% de los casos; seguido de Uketha, 11,9%; y Rassia, 6,7%.

La forma bubónica sigue siendo la dominante, con 581 casos (97,5%), y cuatro casos de la forma neumónica, tres de los cuales fueron notificados en julio de 2022. La localización alta de las bubones (axila, cervical, submaxilar) en 59,3% de los pacientes apunta a la contaminación durante el sueño. La edad promedio de los pacientes es de 17 años. El sexo más afectado es el femenino, 54,5%, frente al masculino, 45,5%. El promedio de notificaciones por semana es de 24 casos, con un pico en la semana epidemiológica 24, con 53 casos notificados.

En estos días las lluvias son abundantes en la región, lo que frena los esfuerzos de quienes se encontraban sanitizando sus viviendas, y la población está viendo una invasión de roedores y pulgas en sus viviendas. Con las fuertes lluvias, la gente se ve obligada a quedarse en sus casas, lo que aumenta el riesgo de contraer la enfermedad.

---

La mayoría de los casos son de peste bubónica, causada por la picadura de una pulga de roedor infectada, lo que causa inflamación y sensibilidad en los ganglios linfáticos. La glándula inflamada se denomina "bubón". Se debe sospechar peste bubónica cuando una persona presenta una glándula inflamada, fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y agotamiento extremo, y tiene antecedentes de posible exposición a roedores, otros animales o pulgas infectados. Los síntomas de la peste bubónica suelen presentarse de 2 a 6 días después de la picadura de la pulga infectada.

Cuando la peste bubónica no se trata, la bacteria *Yersinia pestis* invade el torrente sanguíneo. La bacteriemia también puede ocurrir como un evento inicial. A medida que la bacteria de la peste se multiplica en el torrente sanguíneo, se propaga rápidamente por todo el cuerpo y causa una afección grave y, a menudo, fatal. La infección de los pulmones por la bacteria provoca la forma neumónica de la peste, una enfermedad respiratoria grave. La persona infectada puede experimentar fiebre alta, escalofríos, tos y dificultad para respirar y puede expulsar esputo sanguinolento. Si los pacientes con peste no reciben una terapia antimicrobiana específica, la enfermedad puede progresar rápidamente hasta la muerte. La forma neumónica de la infección puede propagarse por vía aérea.

Singapur informó su primer caso de fiebre zika desde marzo de 2020.

El caso se informó durante la semana epidemiológica 34, según el último boletín semanal de enfermedades infecciosas del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud dijo el 4 de septiembre que fue informado del caso importado el 22 de agosto. El paciente se ha recuperado desde entonces, agregó.



Si bien la residencia del caso no forma parte de un clúster activo de dengue, el Ministerio de Salud dijo que se realizaron inspecciones para eliminar los hábitats de reproducción de mosquitos y se fumigará el área para eliminar mosquitos adultos alrededor del lugar para reducir la probabilidad de transmisión local de la fiebre zika.

Los datos de la Agencia Nacional del Medio Ambiente (NEA) mostraron que también se informaron 666 casos de dengue durante la misma semana epidemiológica.

El virus Zika es transmitido principalmente por mosquitos *Aedes*, al igual que el dengue. Había 194 clústeres de dengue activos en Singapur hasta el 29 de agosto de este año. De ellos, la NEA identifica como “rojos” a 75 clústeres, es decir, los que suman 10 o más casos. No había clústeres activos de fiebre zika hasta el 2 de septiembre.

### **Población de mosquitos**

La población de mosquitos *Aedes aegypti*, el principal vector del dengue, se mantuvo alta en Singapur en julio de este año.

“La elevada población de mosquitos *Aedes aegypti*, junto con la circulación del serotipo DENV-3 del virus Dengue, antes poco común, probablemente hará que el número de casos de dengue siga siendo alto en los próximos meses”, dijo la agencia.

Según el Ministerio de Salud, solo una de cada cinco infecciones por el virus Zika es sintomática.

“la fiebre zika es generalmente una enfermedad leve y autolimitada. Aunque raras, se han asociado complicaciones neurológicas graves y anomalías fetales con la infección por el virus”, informó el ministerio, y agregó que no existe una vacuna o medicamentos antivirales específicos para el virus.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de fiebre Zika una emergencia de salud pública en febrero de 2016. La declaración de emergencia se levantó en noviembre del mismo año.

Singapur notificó su primer caso importado de zika en mayo de 2016, y el primer caso de transmisión local se produjo unos meses después, en agosto. A fines de ese año, más de 450 personas habían sido infectadas.

En 2017 hubo 67 casos confirmados de fiebre zika, de los cuales tres fueron importados. Se informó un caso en 2018, mientras que hubo 12 casos en 2019, según datos del Ministerio de Salud.

---

El virus Zika se transmite principalmente por la picadura de un mosquito infectado del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*, en regiones tropicales y subtropicales. Los mosquitos *Aedes* suelen picar durante el día, con un pico máximo durante las primeras horas de la mañana y las últimas de la tarde. Se trata del mismo mosquito que transmite el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre amarilla.

En octubre de 2015, Brasil informó una asociación entre la infección por el virus Zika y la microcefalia. Pronto aparecieron brotes y evidencia de transmisión en América, África y otras regiones del mundo. Hasta la fecha, un total de 86 países y territorios han informado evidencia de infección por virus Zika transmitida por mosquitos.

No existe una vacuna disponible para la prevención o el tratamiento de la infección por el virus Zika. El desarrollo de una vacuna sigue siendo un área activa de investigación.

La Organización Mundial de la Salud publicó su Segunda Lista de Pruebas Diagnósticas Esenciales, un documento central que brinda orientación a los países sobre los diagnósticos que son esenciales para avanzar en la cobertura universal de salud, abordar las emergencias de salud y promover poblaciones más saludables. Los diagnósticos para la infección por el virus Zika se agregaron a los diagnósticos del año 2019, junto con diagnósticos adicionales para enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Se recomienda la prueba en el caso de una mujer embarazada con síntomas de fiebre zika y que ha viajado a un área con riesgo de contraer la enfermedad fuera de Estados Unidos y sus territorios.

- La prueba debe realizarse lo antes posible, mientras aún tiene síntomas
- La prueba se realizará mediante una prueba molecular que busca la presencia del virus en el cuerpo
- No se recomiendan las pruebas serológicas ya que los anticuerpos contra el virus Zika persisten durante años y reaccionan de forma cruzada con otros virus similares, incluido el dengue. Por esta razón, un resultado de laboratorio positivo a menudo no puede determinar definitivamente si se trata de una infección actual o pasada, o si es una infección por virus Zika o dengue.

La fiebre zika podría estar subnotificada si no se incluye en la lista de enfermedades de declaración obligatoria ni se somete a pruebas sistemáticas.

El número de niños que han muerto por un brote de sarampión en Zimbabwe aumentó a casi 700, informó el Ministerio de Salud del país.

Algunos piden la promulgación de una ley que haga obligatoria la vacunación en un país donde las sectas religiosas que se oponen a la medicina moderna dominan grandes franjas de la población de 15 millones de habitantes.

El Ministerio de Salud del país del sur de África anunció el fin de semana que 698 niños han muerto de sarampión desde que el brote comenzó en abril.

El Ministerio señaló que 37 de las muertes ocurrieron en un solo día, el 1 de septiembre y agregó que había registrado 6.291 casos hasta el 4 de septiembre.

Las cifras más recientes son más de cuatro veces el número de decesos anunciados hace aproximadamente dos semanas, cuando el Ministerio indicó que 157 niños, la mayoría de los cuales no estaban vacunados debido a las creencias religiosas de sus familias, habían muerto a causa de la enfermedad.

El médico Johannes Marisa, presidente de la Asociación de Médicos y Odontólogos Privados de Zimbabwe, dijo el 5 de septiembre que el gobierno debería intensificar una campaña de vacunación masiva que se encuentra en curso y crear programas de concientización dirigidos especialmente a los grupos religiosos que se oponen a las vacunas.

Debido a la resistencia, la educación puede no ser suficiente, por lo que el gobierno también debería considerar el uso de medidas coercitivas para garantizar que nadie se pueda negar a vacunar a sus hijos, declaró Marisa. Instó al gobierno a considerar la promulgación de una ley que haga obligatoria la vacunación contra enfermedades mortales como el sarampión.

El 5 de septiembre, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia señaló que estaba profundamente preocupado por el número de casos y muertes por sarampión entre menores. La agencia informó que está ayudando al gobierno a combatir el brote a través de programas de inmunización.

Casi cuatro meses después de comenzar el presente brote de viruela símica, es un hecho constatable que la mayor parte de las personas que se han infectado fuera de las áreas endémicas son hombres que practican sexo con hombres (HSH) con el VIH. Mientras que las personas con la infección por el VIH bien controlada no parecen experimentar una evolución de la viruela símica diferente a la observada en personas sin el VIH, aquellas con un mal control del VIH sí que tendrían una mayor probabilidad de presentar casos más graves de viruela símica. Otro aspecto destacable es que las vacunas contra la viruela símica no serían tan eficaces en personas con el VIH como en aquellas sin el VIH, por lo que las actuales políticas de fraccionamiento de dosis utilizadas en países tales como España podrían no ser una buena idea, ya que su eficacia podría ser subóptima.

Hasta el 29 de agosto de 2022 ya se habían registrado más de 17.000 casos en el presente brote de viruela símica fuera de las áreas africanas donde es endémica. Aunque cualquier persona puede adquirir la viruela símica por contacto físico cercano, los casos del presente brote parecen concentrarse en la población de HSH, que supondrían 97% de las infecciones.

Respecto del VIH, diversas series de casos registradas muestran que existe un elevado porcentaje de personas con el VIH entre los casos de viruela símica fuera de las zonas endémicas. En Reino Unido, hasta 26% de los casos en que se pudo determinar el estado serológico al VIH tenían este virus. Dicho porcentaje aumentó hasta 37% en el análisis realizado por el Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC) y hasta 41% en el registro estadounidense. Por su parte, en el estado de Georgia (Estados Unidos), el porcentaje de personas con casos de viruela símica cuyo estado serológico de VIH era conocido y eran seropositivos al VIH llegó a 67%.

Dos análisis recientes de series internacionales de casos fijaron el porcentaje de seropositividad al VIH entre los diagnosticados por viruela símica entre 40% y 41%. Por otro lado, amplios porcentajes de hombres seronegativos con viruela símica –entre 57% y 79%, según las series de casos analizadas– se encontraban tomando la profilaxis preexposición al VIH (PrEP).

A pesar de esta sobrerrepresentación, los datos disponibles indican que, en general, las personas con el VIH no presentan peores resultados clínicos con relación a la viruela símica que aquellas seronegativas. Así, investigadores de la Universidad de Londres (Reino Unido), concluyeron que la presentación clínica y la evolución de la viruela símica fueron –en personas con el VIH– similar a la observada en aquellas seronegativas. Cabe destacar que se trataba de personas con el VIH con un buen control de la infección, ya que 96% tomaba tratamiento antirretroviral, 95% tenía carga viral indetectable y la mediana de los niveles de CD4 era de 680 células/mm<sup>3</sup>. Un estudio llevado a cabo por investigadores del Hospital ‘Germans Trias i Pujol’ de Badalona (Catalunya, España) llegó a unas conclusiones similares, con un perfil de personas con el VIH también con un alto control de la infección.

En todo caso, los investigadores concluyeron que a medida que el brote llegue a áreas geográficas con ingresos más bajos, la probabilidad de que las personas con el VIH que adquieran la viruela símica tengan un peor control del VIH será más elevada, lo que podría conllevar cua-

dros más graves de viruela símica, algo que ya se observó en una investigación realizada en Nigeria, que halló que las personas con el VIH –que en dicho país suelen tener un mal acceso al tratamiento y seguimiento del VIH– tenían una viruela símica de mayor duración que la población general y con mayores tasas de mortalidad.

Con relación a las vacunas, los expertos apuntan a que las personas con el VIH y bajos niveles de CD4 podrían presentar una menor eficacia de la vacuna, un fenómeno conocido en otras vacunas. Dada la baja disponibilidad de vacunas, diversos países están optando por pautas de una sola dosis de vacuna en vez de las dos dosis aprobadas en su día por las agencias reguladoras. Además, algunos países –como es el caso de España– fraccionan las dosis para administrarlas por vía intradérmica, obteniendo cinco dosis de cada vial.

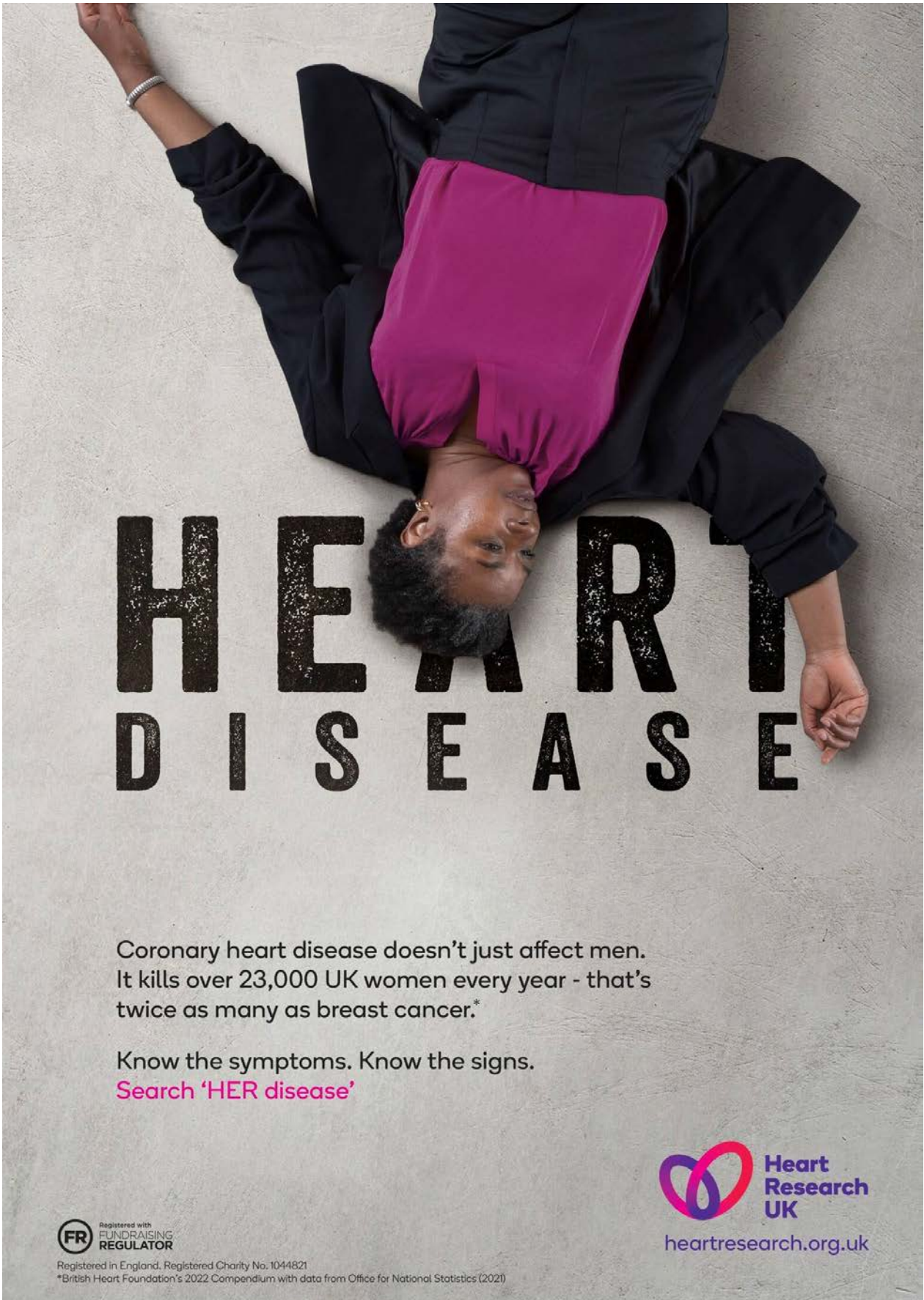
Los estudios existentes apuntan a que la vacuna contra la viruela símica proporciona buenos niveles de protección a las personas con el VIH y niveles de CD4 adecuados, pero que las respuestas de anticuerpos serían menores a las observadas en la población general tras una sola dosis.

Todo ello sugiere que las personas con el VIH –especialmente aquellas con menores niveles de CD4– deberían ser priorizadas y recibir pautas de vacunación estándar para asegurar una adecuada protección.

En cuanto a los tratamientos, las guías de práctica clínica no tienen unas recomendaciones bien establecidas ante la manifiesta falta de datos clínicos que apoyen su uso. Cabe destacar que, en el contexto del VIH, cidofovir, uno de los antivirales usados contra la viruela símica, presentaría fuertes interacciones con tenofovir disoproxilo fumarato (TDF, especialidad farmacéutica genérica [EFG], Viread®, en Truvada® y Atripla®) que hacen que su uso esté contraindicado.




Prevención...




**HEART  
DISEASE**

Coronary heart disease doesn't just affect men.  
It kills over 23,000 UK women every year - that's  
twice as many as breast cancer.\*

Know the symptoms. Know the signs.  
**Search 'HER disease'**

 Registered with  
FUNDRAISING  
REGULATOR

Registered in England. Registered Charity No. 1044821  
\*British Heart Foundation's 2022 Compendium with data from Office for National Statistics (2021)

 **Heart  
Research  
UK**  
[heartresearch.org.uk](https://heartresearch.org.uk)

La enfermedad cardíaca mata al doble de mujeres en el Reino Unido que el cáncer de mama y, sin embargo, todavía se considera en gran medida una enfermedad masculina. Los síntomas a menudo se malinterpretan y se diagnostican mal y la conciencia es escasa, casi inexistente. (Heart Research UK, Reino Unido. Septiembre 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 [reporteepidemiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.