

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza

AMÉRICA

- América Latina: La Región continúa luchando contra la malaria
- Brasil: Tocantins registró 74 casos y tres muertes por leishmaniosis visceral
- Estados Unidos: Dramático aumento en los casos de influenza, con los hispanos en mayor riesgo

- Estados Unidos: Cinco muertes por legionelosis en una residencia de ancianos de la ciudad de New York

- Haití: Situación epidemiológica del cólera

- México: Crece la alerta en Durango ante el aumento de casos de meningitis aséptica

EL MUNDO

- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

- India: Reportaron 75 casos de tifus de los matorrales en Satna, Madhya Pradesh

- Reino Unido: Las ITS aumentan en Irlanda del Norte a medida que aumenta el número de pruebas

- Sri Lanka: Más de 3.000 casos de lepra sin detectar

- Zimbabwe: Reportan 26 muertes por carbunco en Midlands

- Las respuestas de los bebés a las vacunas están relacionadas con el método de parto

- Las epidemias de cólera tienen un gran potencial de expansión

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

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

Patrocinadores



Adherentes



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

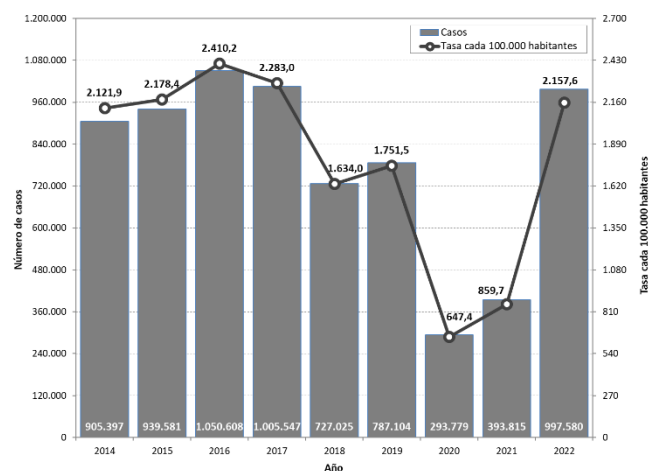
© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

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

11/11/2022

En el año 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 42, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 997.580 casos de enfermedad tipo influenza, con una tasa de incidencia acumulada de 2.157,6 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos de las primeras 42 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.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2022, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

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) 6.418 muestras para influenza. El porcentaje de positividad alcanzó un máximo entre las SE 16 y 17, con valores por debajo de 10% hasta la SE 35; a partir de la SE 36 se registra un ascenso en la positividad, siendo de 59,39% en la SE 43.

Las muestras positivas para virus Influenza fueron 1.126: de éstas, 692 (61,45%) para Influenza A y 434 (38,54%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 137 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A(H3N2) en 110 muestras e Influenza A(H1N1)pdm09 en 27 muestras. Desde el comienzo de la implementación de la estrategia UMA y hasta la SE 29 se registró exclusivamente circulación de A(H3N2). A partir de la SE 30 se registraron casos de A(H1N1). Entre las SE 33 y 43 nuevamente se registran casos de virus influenza B, de los cuales siete corresponden al linaje Victoria, mientras que los 427 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje. En casos ambulatorios, entre las SE 41 y 43, se observa un predominio de las detecciones de influenza B en relación a la influenza A.

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 43, se analizaron en laboratorio 13.669 muestras de pacientes hospitalizados, con 2.231 detecciones positivas (porcentaje de positividad de 16,98%); de éstas, 1.521 fue-

ron Influenza A y 800 Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 567 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales 302 (53,26%) son Influenza A(H3N2) y 265 (46,73%) son Influenza A(H1N1)pdm09. De las muestras positivas para Influenza B, 649 corresponden a muestras positivas sin identificación de linaje y 151 a Influenza B linaje Victoria.

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). Adicionalmente se identificaron casos aislados de influenza B sin linaje hasta la SE 33; a partir de la SE 34 se observó un mayor número de detecciones positivas. Entre las SE 23 y 34 el porcentaje de positividad para influenza en el grupo analizado se mantuvo menor a 10%; a partir de la SE 35 se observa un ascenso, situándose en 41,03% en la SE 43. Entre las SE 41 y 43, se observa un predominio de la influenza B sobre la influenza A.

En el periodo analizado, las detecciones positivas para Influenza predominan en los grupos de menores de 5 años, en el de 5 a 9 años y en el de 45 a 64 años.

Hasta la SE 43 de 2022, se registraron 116 fallecimientos con diagnóstico de influenza. Desde el ascenso en el número de casos de influenza observado entre las SE 34 y 42, se notificaron nueve fallecimientos, cuatro de ellos en la SE 41.



AMÉRICA LATINA

LA REGIÓN CONTINÚA LUCHANDO
CONTRA LA MALARIA

11/11/2022

La pandemia de COVID-19 provocó grandes estragos en América Latina y el Caribe, lugares descritos por la Organización de Naciones Unidas (ONU) como “una de las regiones más afectadas” por el virus. Mientras, expertos recomiendan no bajar la guardia ante enfermedades como la malaria, afección que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) provoca alrededor de 627.000 muertes al año.



“Se necesita una acción urgente para volver a encaminar la respuesta mundial a la malaria y la responsabilidad del desafío está en manos de los países más afectados por la enfermedad”, defiende en su portal la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual en las Américas registró un aumento de casos en Perú, Panamá, Nicaragua y Venezuela.

“En la Región de las Américas, 18 países de 37 Estados miembro de la OPS tienen transmisión autóctona por malaria”, comentó el Dr. Guillermo González García, asesor de la organización.

Precisamente Venezuela es uno de los países que más preocupa a la comunidad científica, junto a Brasil y Colombia, puesto que en la actualidad estas tres naciones concentran más de 77% de los casos de la región.

Curiosamente, en el año 1961 Venezuela fue el primer país del mundo certificado por la OMS por haber eliminado la malaria. Gracias a la Escuela de Malariología impulsada por el Dr. Arnoldo José Gabaldón Carrillo, la nación se convirtió en una fuente de aprendizaje para médicos del mundo.

Sin embargo, con la llegada de la crisis económica, política y social, expertos denuncian que se dejaron de lado los programas de prevención y control, y la malaria regresó al país, especialmente en zonas como Bolívar o Amazonas.

“Con el paso del tiempo, hacia el año 2000 empezaron a aumentar los casos. En el año 2018 se presentó el pico más grande de casos: se superaron los 500.000. De hecho, cifras suboficiales hablan de un millón de casos en un año”, dijo el Dr. David Alberto Forero Peña, investigador de la Universidad Central de Venezuela.

Para algunos, contagiarse de malaria en varias ocasiones es una situación habitual: “A mí me ha dado tres veces”, dijo la venezolana Luz Martínez.



Aunque los expertos destacan que Venezuela se convirtió en un foco relevante para la propagación de la malaria en América Latina, sostienen que la pandemia de COVID-19 redujo los casos, especialmente a causa de las restricciones relacionadas con la minería, una actividad considerada de alto riesgo no sólo porque los mineros trabajan en condiciones inhumanas, sino también porque los pozos de las minas son grandes focos de proliferación del mosquito que transmite la malaria.

“Hubo una reducción de 50% de 2019 a 2020. Muy pocas personas podían permitirse el combustible para moverse en las minas y moverse entre la ciudad”, subrayó Forero.

No obstante, otros países de la región se encuentran en una situación muy diferente. En 2022, la OPS certificó la ausencia de malaria en El Salvador. Anteriormente, Paraguay y Argentina también fueron descritos como libres de malaria por la institución.

“Para que un país sea candidato a ser certificado por la OMS tiene que tener por lo menos tres años con una búsqueda activa intensa sin encontrar casos autóctonos en su territorio” explicó González.

¿Cuál es la situación de la malaria en otras regiones?

La región con una mayor carga de malaria es el continente africano. El 93% de los casos a nivel mundial se registran en África.

Los últimos datos de la OMS indican que en 2020 Nigeria, República Democrática del Congo, Tanzania y Mozambique representaron más de la mitad de las muertes por malaria en el mundo.

“Son países donde conseguir disminuir las cifras es un desafío muy importante, y quien sufre realmente la malaria son dos poblaciones muy vulnerables: los niños de hasta 5 años y las mujeres embarazadas”, explicó Quique Bassat, pediatra y director del Programa de Malaria en el Instituto de Salud Global de Barcelona.

Bassat también afirmó que la situación actual “es peor de lo que era antes de empezar la pandemia”. “Si cierras a todo el mundo en su casa y no puede tener acceso al sistema sanitario, hay muchos casos de malaria que ocurrirán en casa y no llegarán nunca al sistema de salud. Si pones dificultades para el transporte aéreo, hay medicinas esenciales que no llegarán fácilmente a los países. Aunque las cifras han empeorado en los últimos dos años y medio, seguimos en una situación no tan mala como hubiese podido ocurrir”, consideró.

El panorama, sin embargo, es muy diferente en Europa, una región que ha estado libre de malaria desde 2015, según datos de la OMS.

Por otro lado, en Estados Unidos, de acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), se registran aproximadamente 2.000 casos de malaria cada año, la mayor parte en viajeros y migrantes provenientes de países con historial de transmisión.

Avances científicos

Este año la Universidad de Oxford encendió una luz al final del túnel en el combate de la malaria al desarrollar una vacuna que, aunque todavía está en fase experimental, promete una efectividad de 80%.

“Una de las preocupaciones era que ésta sería una protección a corto plazo y solo duraría durante algunos meses. Pero, definitivamente, ese no es el caso con los resultados que estamos publicando. Y, de hecho, una eficacia de 80% en el segundo año de seguimiento, después de una dosis de refuerzo, es realmente muy alentador”, dijo Adrian Hill, profesor en la Universidad de Oxford.

Además, para avanzar en la lucha contra esta enfermedad y combatir los mosquitos resistentes a insecticidas, grupos de expertos ya han modificado genéticamente algunos mosquitos para que no transmitan la malaria.

Asimismo, tras años de investigación, en octubre de 2021 se aprobó la primera vacuna contra la malaria, todo un hito en el mundo de la medicina.

“El parásito es infinitamente más complejo como microorganismo y por eso ha costado tanto. Para la COVID-19, en seis meses tuvimos vacunas a punto de salir al mercado; en cambio, para la malaria, se ha tardado más de 30 años”, explicó Bassat.

Está demostrado que la vacuna reduce significativamente la incidencia de malaria y la forma grave y mortal de la enfermedad en los niños pequeños.

Aunque la comunidad científica celebra los avances logrados en los últimos años, señala que todavía las vacunas no se han distribuido entre los que más lo necesitan. Advierten, además, que aún no hay que dejar de lado otros métodos de prevención.

“No creo que la vacuna, por sí sola, pueda lograr un control de los casos a corto plazo. Hay otras estrategias importantes que pueden ayudar: usar mosquiteros impregnados con insecticidas y fumigar, son algunos de los métodos más eficaces para evitar contagiarse de malaria”, sostuvo Forero.

Tocantins registró 74 casos de leishmaniosis visceral y tres muertes por la enfermedad entre enero y octubre de este año, según datos de la Secretaría Estatal de Salud (SES-TO).

La leishmaniosis es una enfermedad vectorial grave que, si no se trata, puede provocar la muerte en más de 90% de los casos. Una de las muertes ocurrió en Paraíso do Tocantins y las otras dos en Porto Nacional.



Otro tipo de enfermedad es la tegumentaria, que tuvo 250 casos confirmados en Tocantins este año. No se registraron muertes.

El ciclo de la enfermedad involucra a los perros que son hospedadores y al flebótomo, que es el vector responsable de transmitir la enfermedad. El plan de combate a la enfermedad se realiza calculando el riesgo en cada municipio, elaborando planes de acción con estrategias a implementar a lo largo del año.

“Básicamente, el enfoque es el diagnóstico y el tratamiento de todos los casos humanos posibles. Oportunamente, realizar actividades educativas y de movilización social, además de acciones destinadas al control de reservorios/hospedadores (perros) y vectores (flebotomos)”, explicó Júlio Bigel, asesor técnico de la SES-TO.

Según la SES-TO, el estado inició el programa de control con la colocación de collares a los perros en los municipios con mayor riesgo de contaminación. La acción se realiza con collares impregnados de insecticida para tratar de controlar la enfermedad.

Diagnóstico

Para un diagnóstico precoz, las personas deben conocer las manifestaciones clínicas de la enfermedad, tanto en niños como en adultos. Los síntomas incluyen un abdomen agrandado y fiebres prolongadas.

El diagnóstico se puede hacer a través de una prueba rápida y de laboratorio, que se realizan en el Laboratorio Central (LACEN) de Salud Pública de Tocantins. La prueba también está disponible en los municipios por laboratorios municipales y unidades de salud.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Brasil representa 96% de todos los casos de leishmaniosis visceral humana en las Américas. La leishmaniosis visceral canina también está muy extendida, con hasta 20% de perros infectados en las localidades altamente endémicas. La tasa de mortalidad relacionada con la leishmaniosis visceral humana y los casos de coinfección con el VIH han aumentado a lo largo de los años.

Tocantins es un estado en el centro de Brasil. De acuerdo con una clasificación de riesgo de área de leishmaniosis visceral humana en Brasil, ciertos municipios en las partes central y norte de Tocantins tienen una transmisión intensa y un alto promedio de casos. El enfoque 'Una sola salud' adoptado por las autoridades de salud pública de Tocantins, que incluye medidas para prevenir y controlar la infección en perros, es encomiable. Desafortunadamente, las intervenciones a nivel nacional implementadas bajo el Programa Brasileño de Vigilancia y Control de Leishmaniosis Visceral no han tenido éxito en la reducción de la transmisión y los casos humanos, especialmente en áreas urbanas.



12/11/2022

Una ola de casos de influenza tiene en vilo al sistema de salud de Estados Unidos de cara al invierno, cuando se reportan la mayor cantidad de casos de enfermedades respiratorias, incluidos la COVID-19 y el virus sincicial respiratorio.

La población más impactada por el alza dramática en las infecciones es la de los niños. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) reportaron en la última semana tres muertes pediátricas asociadas a la influenza. En el mismo periodo, 6.465 pacientes fueron hospitalizados con la enfermedad.



“Los hospitales están registrando aumentos repentinos de casos. Estamos experimentando escasez de trabajadores. Entonces, tenemos que reasignar personal a las áreas para asegurarnos de tener suficiente cobertura para estos jóvenes que ingresan al hospital”, dijo Nancy Foster, vicepresidenta de la Asociación Americana de Hospitales (AHA).

En áreas como el Distrito de Columbia, Maryland y Virginia, algunos pacientes enfrentan complicaciones para acceder a una cama de hospital. “Estamos siendo superados”, explicó Foster.

“No es un territorio desconocido para nosotros, hemos visto aumentos repentinos de COVID-19 antes y durante la temporada de influenza. También hemos visto aumentos repentinos de influenza, pero verlo en pacientes tan jóvenes es particularmente desgarrador”, agregó.

Las áreas Sureste y Centro-Sur de Estados Unidos están reportando los niveles más altos de infecciones, seguidas por las regiones de Atlántico Medio y la Costa Oeste del Centro-Sur.

“En los pasados seis meses, donde prácticamente regresamos a la normalidad, estos virus tomaron fuerza y lo vemos reflejado en este momento. Será importante crear barreras entre nosotros y estos virus para poder tener un fin de año como queremos, para festejar en familia”, explicó el Dr. Ilan Shapiro, líder médico de la Asociación Médica Nacional Hispana (NHMA).

La influenza es una enfermedad respiratoria contagiosa que puede causar serias complicaciones como hospitalización o muerte. Los CDC estiman que durante esta temporada de influenza, ya se han reportado 2,8 millones de infecciones, 23.000 hospitalizaciones y 1.300 muertes.

“Lo que estamos viendo, es que las personas que tienen influenza y COVID-19 al mismo tiempo pueden enfermarse más gravemente que las personas que sólo tienen influenza o COVID-19”, dijo Adriana Bialostozky, profesora asociada de pediatría en Vanderbilt University Medical Center, con sede en Nashville, Tennessee.

Hispanos y grupos minoritarios están en mayor riesgo

Personas de grupos raciales y étnicos minoritarios como hispanos, afroamericanos y nativoamericanos, están en mayor riesgo de ser hospitalizadas o morir a causa de la influenza, debido a la disparidad en la tasa de vacunación, de acuerdo con un [reporte](#) de los CDC.



”La cobertura de vacunación contra la influenza continúa siendo más baja entre los adultos negros, nativos e hispanos en comparación con la cobertura entre los adultos blancos y asiáticos. La desconfianza en el sistema médico, las percepciones erróneas sobre la seguridad de las vacunas y los niveles más altos de preocupación por los efectos secundarios han contribuido a una cobertura más baja”, asegura el informe.

El riesgo de ser ingresado a cuidados intensivos por efectos de la influenza es 1,1 veces mayor para los adultos latinos, y hasta tres veces más para niños latinos, [según los CDC](#).

“Muchas veces lo que pasa, cuando estoy hablando con pacientes y con padres de familia hispanos, es que falta información. Esperamos y creemos que nos va a ir mejor y es justamente ahí cuando nos agarra la influenza u otro problema porque no estamos preparados”, explicó Shapiro.

Las autoridades médicas recomiendan la vacunación anual contra la influenza para todas las personas de seis meses o más.

“Te tienes que vacunar, es la única manera de estar previniendo las complicaciones. No evita que enfermes, pero definitivamente disminuye el riesgo de enfermarse”, agregó Bialostozky, quien confirmó que “hemos visto que hay diferencias étnicas y raciales en el número de hospitalización. Los afroamericanos son los que más se hospitalizan y después vienen los latinos. Los niveles de vacunación también son bajos y necesitamos concientizar que esto es algo que necesitamos mejorar y discutirlo con su médico”.

Además, expertos médicos enfatizaron en retomar el uso del barbijo para evitar una infección y mantener el lavado constante de manos como métodos de protección. “Sé que muchas personas están muy cansadas, pero si se usa estratégicamente puede ser muy efectiva para mantener a las personas saludables”, concluyó la vicepresidenta de AHA.

Cinco personas murieron de legionelosis durante el verano en un asilo de ancianos de la ciudad de New York que había sido citado repetidamente por mantenimiento inadecuado de las torres de enfriamiento donde la bacteria *Legionella* puede propagarse.

El brote en Amsterdam Nursing Home, una instalación de 409 camas en el alto Manhattan, fue el peor de la ciudad desde 2015, cuando se culpó a una torre de enfriamiento en el Bronx de una infección que causó 16 muertes.



La casa ha restringido el uso de agua desde el brote que terminó en septiembre, dijo el portavoz Jeff Jacomowitz. “Todas las pruebas posteriores han dado negativo, y la instalación ha proporcionado agua embotellada para beber y para todos los usos sanitarios”.

Las personas pueden contraer la legionelosis cuando respiran vapor de agua que contiene la bacteria *Legionella*, que crece en ambientes húmedos, como jacuzzis, fuentes y torres de enfriamiento. Las muertes atribuidas a la legionelosis son raras, pero el riesgo es mayor para las poblaciones de mayor edad, como los residentes de hogares de ancianos.

Luego del brote de 2015 en el Bronx, la ciudad de New York aprobó reglas estrictas para el mantenimiento de las torres de enfriamiento que incluyen exigir a los administradores de edificios que registren las torres en la ciudad y se sometan a pruebas periódicas.

Una revisión de antecedentes detectó que Amsterdam Nursing Home fue citado siete veces en los últimos seis años por violaciones de las reglas que van desde no realizar el mantenimiento de rutina hasta el uso inadecuado de procedimientos de puesta en marcha para las torres. Una infracción resultó en una multa de 500 dólares relacionada con el mantenimiento de registros para el análisis de muestras de agua, mientras que las otras seis fueron desestimadas después de las audiencias.

Docenas de otros hogares de ancianos en la ciudad también han sido citados por violar las regulaciones de las torres de enfriamiento. La revisión descubrió que 43 hogares de ancianos han sido multados con un total de 164.000 dólares desde 2015 y han pagado alrededor de 120.000 dólares de esa cantidad.

Jacomowitz dijo que la torre de enfriamiento de Amsterdam Nursing Home se limpió antes de la puesta en marcha en la primavera y se aprobó de acuerdo con las reglas de la ciudad. Dijo que la instalación “sigue trabajando en estrecha colaboración con el Departamento de Salud en todo lo que tenga que ver con el suministro de agua y con cualquier cosa para aclarar este asunto”.

Jeffrey Hammond, portavoz del Departamento de Salud del estado, dijo que las restricciones en el uso del agua en el Amsterdam Nursing Home se recomiendan como medida de precaución a pesar de que no se han identificado casos adicionales de legionelosis desde septiembre.

“Las restricciones de agua permanecerán vigentes hasta que se completen las pruebas adicionales de cultivos de agua para *Legionella* y no se identifiquen casos adicionales”, dijo.

No se ha determinado la fuente exacta del brote en la instalación, dijo Jacomowitz.

Hasta el 16 de septiembre de 2022, cuatro personas habían muerto de ocho casos de legionelosis en Amsterdam Nursing Home, en Morningside Heights, entre junio y principios de septiembre de 2022. En tres casos, incluidos dos casos mortales, se había confirmado el diagnóstico de legionelosis; en ese momento todavía se sospechaba que los otros cinco casos eran legionelosis. No se ha determinado la fuente de las infecciones en el ala oeste del edificio, donde vivían los casos. El informe actual agrega una quinta muerte, pero no indica que haya casos adicionales desde septiembre de 2022.

Legionella es un bacilo gramnegativo que se encuentra tanto en ambientes naturales de agua dulce, como lagos y arroyos, como en sistemas de plomería, como cabezales de ducha y grifos de fregaderos, torres de enfriamiento, fuentes decorativas, jacuzzis/spas y tanques de agua caliente y calentadores. Las temperaturas del agua de 25 a 40°C soportan las concentraciones más altas del organismo en los sistemas de plomería.

La erradicación de estas bacterias de los sistemas de plomería suele ser difícil. La persistencia a largo plazo dentro de estos sistemas de agua se ve favorecida por la ubicación intracelular de *Legionella* dentro de varias especies de protozoos, donde la bacteria se replica y brinda protección contra factores estresantes ambientales, como biocidas y tratamiento térmico.

Además, la formación de biopelículas permite la adherencia de *Legionella* a las superficies internas de los sistemas de plomería. Se ha demostrado que *Legionella pneumophila* persiste durante largos períodos en biopelículas en un estado viable pero no cultivable (VBNC) después de la exposición a un biocida o tratamiento térmico. El seguimiento de *L. pneumophila* en los sistemas de agua, que generalmente se realiza mediante cultivo, no detectaría la *Legionella* VBNC, que puede revivir mediante la posterior adición de ameba.

Los pacientes hospitalizados debilitados que son propensos a la aspiración pueden desarrollar legionelosis después de la aspiración de agua potable contaminada con *Legionella* y de la inhalación de aerosoles de fuentes de agua que contienen *Legionella*. También se ha descrito la posible transmisión de persona a persona.

Durante la investigación epidemiológica y ambiental de la fuente de *Legionella*, se debe prohibir que los pacientes se duchen y solo deben consumir agua estéril hasta que se haya remediado la fuente.

La genotipificación de los aislamientos clínicos de los casos de legionelosis ayudará a confirmar si se trata de un brote de fuente común, si los genotipos coinciden. La combinación de los genotipos de aislamientos clínicos y ambientales de *Legionella* identificará la fuente ambiental para los casos individuales. Sin embargo, si el diagnóstico de la legionelosis se basó únicamente en un ensayo de antígeno urinario positivo, no habrá aislamientos clínicos para la genotipificación. La noticia no indica si *Legionella* se ha aislado de alguna fuente de agua ambiental o si se ha realizado el genotipado en algún aislado clínico o ambiental.

Desde la notificación de los dos primeros casos confirmados de infección por *Vibrio cholerae* O1 en el área del gran Port-au-Prince el 2 de octubre de 2022, al 13 de noviembre de 2022, el Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití, informó un total de 9.076 casos sospechosos en ocho departamentos del país, incluidos 816 casos confirmados, 7.623 casos sospechosos internados y 175 defunciones registradas. Esto representa un aumento de 33% de casos sospechosos (2.262 casos más), de 25% casos confirmados (163 casos más) y de 22% en las defunciones (31 más) con respecto al 8 de noviembre de 2022. Hasta la fecha, cuatro departamentos han confirmado casos: Artibonite, Centre, Grand-Anse y Ouest. Hasta el 13 noviembre, la tasa de letalidad entre los casos sospechosos es de 2%.

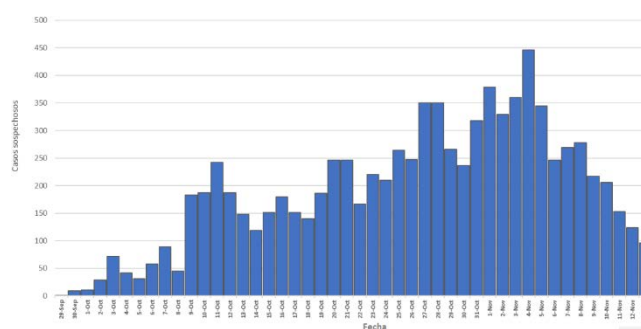
De un total de 2.019 muestras analizadas por el Laboratorio Nacional de Salud Pública (LNSP), 639 fueron confirmados, con una tasa de positividad de 40,4%.

Del total de casos sospechosos notificados con información disponible, 60% son hombres y 46% son personas de 19 años o menos. El grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años, seguido o por el de 20 a 29 años y el de 30 a 39 años.

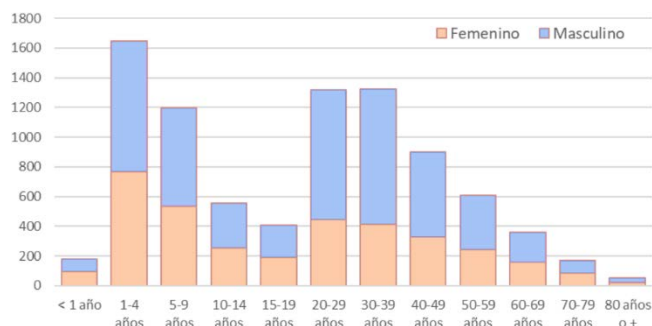
Entre los casos confirmados con información disponible sobre edad y sexo, 43% tienen 19 años o menos. El grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años, seguido del de 30 a 39 años.

El Departamento Ouest sigue reportando el mayor número de casos, con 93% de todos los casos sospechosos registrados (excluyendo los 368 casos sospechosos de la prisión de Port-au-Prince). Las comunas de Cité-Soleil y Port-au-Prince representan 62% de todos los casos sospechosos reportados en el Departamento Ouest.

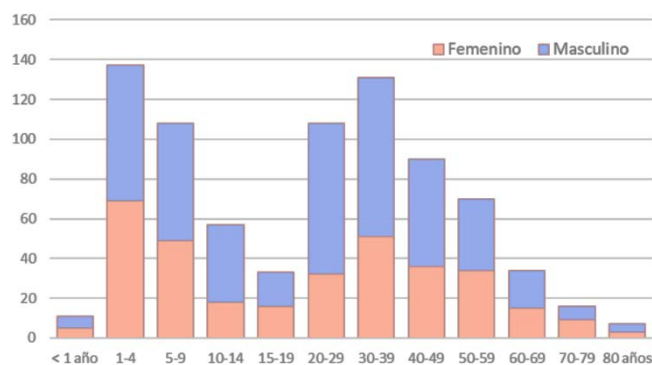
En el establecimiento penitenciario de Port-au-Prince, se registra un brote de cólera que a la fecha identificó 368 casos sospechosos, incluidos 14 casos confirmados y 14 defunciones.



Casos sospechosos de cólera. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 13 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití. (N=8.708).



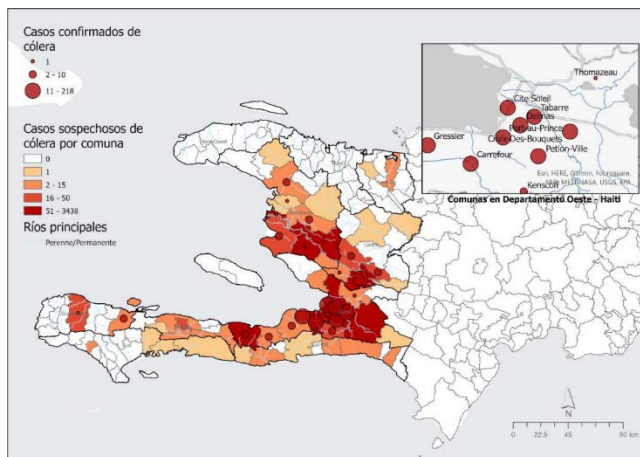
Casos sospechosos de cólera, según grupos etarios y sexo. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 13 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití. (N=8.708).



Casos confirmados de cólera, según grupos etarios y sexo. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 13 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití. (N=802).

La compleja crisis humanitaria y de seguridad, sumada al acceso limitado al combustible en todo el país continúa, por lo que el acceso a los servicios de salud y a los laboratorios es limitado y, por ende, la vigilancia epidemiológica se ve afectada.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) se encuentra trabajando junto con las autoridades de salud pública de Haití para la caracterización y apoyo a la respuesta de este evento.



Distribución geográfica de los casos de cólera. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 13 de noviembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití.

República Dominicana

El 20 de octubre de 2022, el Ministerio de Salud Pública de República Dominicana confirmó el primer caso importado de cólera en el país. Se trata de una mujer de 32 años de nacionalidad haitiana, que ingresó a República Dominicana el 17 de octubre procedente de Port-au-Prince para luego viajar a la provincia de La Altagracia. Al momento, ninguno de los contactos ha presentado síntomas y no se han reportado casos confirmados adicionales.

Orientaciones para las autoridades nacionales

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reiteró a los Estados Miembros la necesidad de que continúen con sus esfuerzos para fortalecer y mantener la vigilancia del cólera para detectar precozmente los casos sospechosos, proporcionar el tratamiento adecuado y prevenir su propagación. El tratamiento precoz y adecuado mantiene la tasa de letalidad de los pacientes hospitalizados en cifras menores a 1%.

La OPS/OMS alentó a los Estados Miembros a que simultáneamente continúen con sus esfuerzos para garantizar condiciones adecuadas de saneamiento básico y acceso al agua potable, además de la promoción de higiene y movilización social, con el fin de reducir el impacto del cólera y otras enfermedades transmitidas por el agua.

La OPS/OMS reiteró a los Estados Miembros a que continúen implementando las recomendaciones formuladas en la [Actualización Epidemiológica del 1 de noviembre de 2022](#), las cuales continúan vigentes.

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

La Secretaría de Salud del estado de Durango, México, informó que hasta el 14 de noviembre se han registrado 49 casos y seis fallecimientos por meningitis aséptica.

De acuerdo al último reporte, del total de casos, 47 son mujeres a quienes les fueron practicados procedimientos quirúrgicos obstétricos y dos son varones con antecedentes de cirugía: “todos los casos en protocolo tienen como antecedente haber recibido bloqueo neuroaxial”, explicaron.

Además, actualmente se encuentran 10 pacientes en terapia intensiva: siete de ellos son atendidos en el Hospital General 450 de la Secretaría de Salud estatal y tres en el Hospital General de Zona N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, “con pronóstico reservado”. Pero se prevé que durante las próximas horas ingresen 10 más.

Sin embargo, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) recibió 200 muestras más de líquido cefalorraquídeo y cepas aisladas de pacientes con resultados preliminares de afecciones cutáneas, a quienes les fueron suministrados medicamentos antifúngicos.

Al respecto, la Dra. Irasema Kondo Padilla, titular de la dependencia, explicó que se enfrentan a algo desconocido, tal como sucedió con la COVID-19, pues no hay nada documentado, por lo que actualmente el tema ha sido planteado a todas las instancias correspondientes no solo de nivel local y nacional, sino incluso internacional, pues no existe literatura al respecto.

“Lo que se ha documentado es que se trata de una infección muy agresiva en el sistema nervioso central; no responde fácilmente al tratamiento, pero se está haciendo todo lo posible para sacar adelante a las pacientes”.

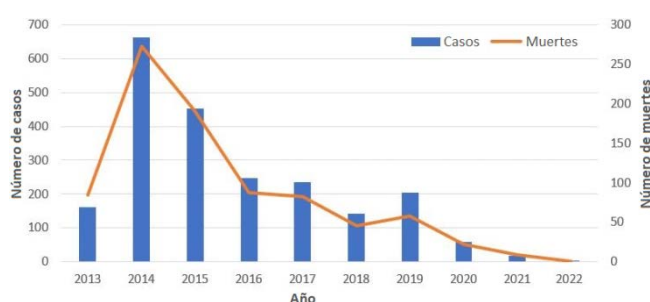
El 10 de noviembre, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) solicitó a los 32 estados retirar cuatro lotes del medicamento bupivacaina, debido a que estarían contaminados con el hongo, aunque también se investiga en jeringas, agujas y otras posibles fuentes de contaminación.

Ante este panorama, informó que se abrieron 65 camas en el Hospital 450 en la capital de Durango para atender a las pacientes que contrajeron meningitis aséptica en hospitales particulares; es decir, se amplió en 50% la capacidad de atención, y se contrataron a las enfermeras necesarias.

Asimismo, se han incautado medicamentos sospechosos, incluso en hospitales donde no se han registrado casos.

“Hasta que termine la investigación, se les dirá si los medicamentos son seguros o no”, expresó.

Entre el 29 de diciembre de 2021 y el 31 de octubre de 2022, el Ministerio de Salud del Reino de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuatro nuevos casos de infecciones por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV). Las infecciones se contrajeron localmente en las regiones de Al-Riyadh (dos casos), Al-Qasim (un caso) y Makkah al-Mukarramah (un caso). La confirmación de laboratorio de los casos se realizó mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR).



Casos y muertes por síndrome respiratorio de Medio Oriente. Arabia Saudí. Años 2013/2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. (Los datos correspondientes al año 2022 son parciales).

Ninguno de los los casos era trabajador sanitario. Los síntomas que presentaron fueron fiebre, tos y disnea; los cuatro presentaban comorbilidades. Tres de los casos tenían antecedentes de contacto con dromedarios (*Camelus dromedarius*) y consumo de su leche sin pasteurizar en los 14 días previos al inicio de los síntomas. Tres de los casos eran hombres y el rango de edad es de 23 a 74 años.

Las fechas de inicio de los síntomas fueron: 28 de diciembre de 2021; 3 de abril, 4 de julio y 6 de septiembre de 2022.

Desde el primer informe del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS), en septiembre de 2012, 27 países de las seis regiones de la OMS notificaron un total de 2.600 casos, incluidas 935 muertes asociadas (tasa de letalidad: 36%). La mayoría de los casos (2.193; 84%) con 854 muertes asociadas, se notificaron en Arabia Saudí.

Respuesta de salud pública

Se realizó un seguimiento de los contactos domiciliarios para los cuatro casos y no se identificaron casos secundarios.

Para los tres casos que informaron contacto con dromedarios, se informó al Ministerio de Agricultura y se llevó a cabo una investigación de los animales; aquellos identificados como positivos fueron aislados.

El Ministerio de Salud del Reino de Arabia Saudí está trabajando para mejorar las capacidades de prueba para una mejor detección del MERS-CoV durante la actual pandemia de COVID-19.

Evaluación de riesgos de la OMS

Entre septiembre de 2012 y el 17 de octubre de 2022, el número total de casos de infección por MERS-CoV confirmados por laboratorio informados a nivel mundial a la OMS es de 2.600 con 935 muertes asociadas. La mayoría de estos casos han ocurrido en países de la Península Arábiga. Hubo un gran brote fuera de Medio Oriente en mayo de 2015, durante el cual se informaron 186 casos confirmados por laboratorio (185 en la República de Corea y uno en China) y 38 muertes; el caso índice en ese brote tenía un historial de viajes a Medio Oriente. El número global refleja el número total de casos confirmados por laboratorio notificados a la OMS según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) hasta la fecha. El número total de muertes incluye las muertes de las que la OMS tiene conocimiento hasta la fecha a través del seguimiento con los Estados Miembros afectados.

La notificación de estos cuatro casos no cambia la evaluación general del riesgo. La OMS espera que se notifiquen nuevos casos en Medio Oriente y/u otros países donde el MERS-CoV circula en dromedarios, y que los casos sigan siendo exportados a otros países por personas que estuvieron expuestas al virus, a través del contacto con dromedarios o sus productos (por ejemplo, consumo de leche de dromedario sin pasteurizar), o en un entorno sanitario. La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y realiza evaluaciones de riesgo basadas en la última información disponible.

El número de casos de MERS notificados a la OMS ha disminuido sustancialmente desde el comienzo de la actual pandemia de COVID-19. Es probable que esto sea el resultado de la priorización de las actividades de vigilancia epidemiológica de la COVID-19, lo que se tradujo en una reducción de las pruebas y la detección de casos de MERS. Además, las medidas tomadas durante la pandemia de COVID-19 para reducir la transmisión del SARS-CoV-2 (p. ej., uso de barbijo, higiene de manos, distanciamiento físico, mejora de la ventilación de espacios interiores, etiqueta respiratoria, confinamiento obligatorio, reducción de la movilidad) también es probable que reduzcan las oportunidades de transmisión del MERS-CoV de persona a persona. Sin embargo, no es probable que su circulación en dromedarios se haya visto afectada por estas medidas. Por lo tanto, aunque se ha reducido el número de casos secundarios notificados de MERS, se mantiene el riesgo de transmisión zoonótica.

Consejo de la OMS

Con base en la situación actual y la información disponible, la OMS vuelve a enfatizar la importancia de una fuerte vigilancia por parte de todos los Estados miembros para las infecciones respiratorias agudas, incluido el MERS-CoV, y de investigar cuidadosamente cualquier patrón inusual.

La transmisión de persona a persona del MERS-CoV en entornos de atención médica se ha asociado con retrasos en el reconocimiento de los primeros síntomas de la infección por MERS-CoV, en la clasificación de los casos sospechosos y en la implementación de medidas de prevención y control de infecciones (PCI). Las medidas de PCI son fundamentales para prevenir la posible propagación del MERS-CoV entre las personas en los centros de atención médica. Los trabajadores de la salud siempre deben aplicar las precauciones estándar de manera consistente con todos los pacientes, en cada interacción en los entornos de atención médica. Las precauciones para microgotas deben agregarse a las precauciones estándar cuando se brinda atención a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; se deben incluir precauciones de contacto y protección para los ojos cuando se atienden casos probables o confirmados de MERS; se deben aplicar precauciones para evitar el contagio por

vía aérea al realizar procedimientos que generen aerosoles o en entornos donde se lleven a cabo procedimientos que generen aerosoles. La identificación temprana, el manejo y el aislamiento de los casos, el seguimiento y la cuarentena de los contactos, junto con las medidas apropiadas de PCI en el ámbito de la atención médica y la concientización sobre la salud pública pueden prevenir la transmisión del MERS-CoV de persona a persona.

El MERS-CoV parece causar una enfermedad más grave en personas con afecciones médicas crónicas subyacentes, como diabetes, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar crónica y personas inmunocomprometidas. Por lo tanto, las personas con estas condiciones médicas subyacentes deben evitar el contacto cercano con animales, particularmente dromedarios, cuando visiten granjas, mercados, hipódromos o mataderos donde el virus pueda estar circulando. Se deben cumplir las medidas generales de higiene, como lavarse las manos regularmente antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

Se deben observar las prácticas de higiene de los alimentos. Las personas deben evitar manipular o consumir leche de dromedario sin pasteurizar u orina de estos animales o consumir su carne si no se ha cocido adecuadamente.

La OMS no recomienda controles especiales en los puntos de entrada con respecto a este evento, ni recomienda actualmente la aplicación de restricciones comerciales o de viaje.

El síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) es una infección respiratoria causada por el coronavirus del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV). Aproximadamente 36% de los pacientes con MERS han muerto, pero esto puede ser una sobreestimación de la verdadera tasa de mortalidad, ya que los sistemas de vigilancia existentes pueden pasar por alto los casos leves, y las tasas de letalidad se cuentan solo entre los casos confirmados por laboratorio.

Los humanos se infectan con el MERS-CoV por contacto directo o indirecto con dromedarios (*Camelus dromedarius*), que son el anfitrión natural y la fuente zoonótica del virus. El MERS-CoV ha demostrado la capacidad de transmitirse entre humanos. Hasta ahora, la transmisión no sostenida de persona a persona observada se ha producido entre contactos cercanos y en entornos de atención médica. Fuera del entorno de atención médica, ha habido una transmisión limitada de persona a persona.

Las infecciones por MERS-CoV van desde la ausencia de síntomas (asintomática) o síntomas respiratorios leves hasta la enfermedad respiratoria aguda grave y la muerte. Una presentación típica de la enfermedad es con fiebre, tos y dificultad para respirar. La neumonía es un hallazgo común, pero no siempre presente. También se han notificado síntomas gastrointestinales, incluida la diarrea. Una enfermedad grave puede causar insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica y apoyo en una unidad de cuidados intensivos. El virus parece causar enfermedades más graves en personas mayores, personas con sistemas inmunitarios debilitados y personas con comorbilidades o enfermedades crónicas, como enfermedad renal, cáncer, enfermedad pulmonar crónica y diabetes.

Actualmente no hay ninguna vacuna o tratamiento específico disponible, aunque se están desarrollando varias vacunas y tratamientos específicos. El tratamiento es de soporte y se basa en la condición clínica y los síntomas del paciente.

Se ha notificado un total de 75 casos positivos de tifus de los matorrales en el distrito de Satna, estado de Madhya Pradesh, desde agosto de 2022. El aumento repentino de casos de esta infección ha puesto en alerta a los funcionarios de salud. Los síntomas comunes del tifus de los matorrales, una infección bacteriana que se propaga a través de los ácaros que albergan los roedores, incluyen fiebre, erupciones cutáneas y dolor de cabeza, entre otros.

“Ha habido casos dispersos en el pasado también en Satna y distritos cercanos, pero los casos han aumentado este año 2022. Este aumento se ha registrado en un período de tres meses y en diferentes lugares. Estamos realizando campañas de concientización y actividades de control de ácaros para frenar los casos en el distrito”, dijo el director médico y de salud de Satna, Dr. LK Tiwar.

En el año 2021 solo se confirmaron 29 casos de tifus de los matorrales en el distrito. Este año, hasta la fecha, se han reportado 75 casos. El primer caso se informó el 14 de agosto de 2022, en el área de Majhgawan, y se notificó un total de seis casos positivos en agosto. En septiembre se reportaron 29 casos, 40 en octubre y, hasta el momento, no se han reportado casos en noviembre. Se esperan los resultados de los análisis de 14 muestras.

“Después del primer caso, se intensificó la vigilancia en el pueblo afectado, y a las personas que tenían fiebre durante unos días se les hicieron los análisis pertinentes. Del total de casos, algunos también son de áreas urbanas y la mayoría son de diferentes pueblos en el área de Sohawal”, dijo el epidemiólogo del distrito, Dr. Pradeep Gautam.

“Se han emitido alertas, estamos creando conciencia. Se están haciendo fumigaciones en las aldeas afectadas hasta medio metro de altura en las paredes de las casas, ya que los ácaros que propagan esta infección no suben más de esa distancia”, agregó.

“Se recomienda a los lugareños que no se sienten con la espalda apoyada en las paredes, mantengan trampas para ratas en las casas, limpien los arbustos cerca de las casas y no se sienten cerca de los arbustos”, dijo Gautam.

“Además, se ha instruido a los hospitales locales que, si llega algún paciente con fiebre persistente y no da positivo para dengue, malaria o alguna enfermedad similar, se debe iniciar el tratamiento para tifus de los matorrales. Si se detecta y trata a tiempo, es 100% curable”, dijo.

En 2021, una niña de 13 años murió debido a la enfermedad en el área de Nagaud, en Satna.

El tifus de los matorrales es una enfermedad causada por la bacteria *Orientia tsutsugamushi*. Se transmite a las personas a través de las picaduras de niguas infectadas (ácaros larvales). Los síntomas más comunes incluyen fiebre, dolor de cabeza, dolores corporales y, a veces, sarpullido.

El tifus de los matorrales debe tratarse con el antibiótico doxiciclina, que puede usarse en personas de cualquier edad. Los antibióticos son más efectivos si se administran poco después de que comiencen los síntomas. Las personas que reciben tratamiento temprano con doxiciclina generalmente se recuperan rápidamente. En ausencia de una vacuna eficaz contra la enfermedad, las medidas preventivas son el pilar para prevenir la infección. El riesgo de contraer la enfermedad se puede reducir evitando el contacto con niguas infectadas.

El distrito de Satna es un distrito del estado de Madhya Pradesh, en el centro de India.

El número de pruebas realizadas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS) en Irlanda del Norte ha aumentado casi en 50% desde el año anterior a la pandemia.

La cantidad de pruebas de ITS realizadas en las clínicas de medicina genito-urinaria (GUM) se disparó en 31% en 2021 en comparación con el año anterior, en el que se registró una disminución de 69% en las pruebas.

El año pasado también se registró un aumento de 45% en las pruebas de ITS en el hogar, conocidas como SH24, en comparación con 2020.

“En 2021, la cantidad de exámenes de salud sexual en las clínicas GUM aumentó 31% en comparación con 2020”, reveló un nuevo informe de la Agencia de Salud Pública.

“En octubre de 2019, se lanzaron las pruebas caseras en línea SH24, lo que brinda un mayor acceso a las pruebas. En 2021, la cantidad de pruebas de ITS en el hogar devueltas a SH24 aumentó en 45% (22.856) en comparación con 2020 (15.738)”.

“Al combinar la cantidad de pruebas realizadas en las clínicas GUM con las realizadas a través de SH24, la cantidad de pruebas de salud sexual aumentó en 47% entre el trimestre que finalizó en diciembre de 2019 y diciembre de 2021”.

La cantidad de nuevas infecciones, incluidas sífilis, gonorrea y herpes genital, notificadas a través de las clínicas GUM en 2021 aumentó 5% en comparación con 2020.

El número combinado de diagnósticos de clamidiosis realizados a través de pruebas en el hogar y en clínicas especializadas aumentó 35% en 2021 en comparación con 2019.

El número total de nuevos casos de clamidiosis pareció disminuir en 3% el año pasado cuando se realizaron 750 diagnósticos en comparación con los 775 de 2020. Sin embargo, cuando se toman en cuenta las pruebas en el hogar, se puede identificar un aumento general de 35% en la clamidiosis.

Los nuevos casos de gonorrea aumentaron 43% de 455 en 2020 a 652 en 2021.

El número de primeros episodios de herpes simple genital registrados aumentó en casi 20% a 348 en 2021 en comparación con 293 en 2020.

El número de personas que contraen verrugas genitales no ha cambiado significativamente, al igual que los nuevos casos de sífilis infecciosa: 76 en 2020 y 75 en 2021.

Sin embargo, los funcionarios de salud completaron formularios intensificados de sífilis relacionados con 123 casos, de los cuales 83% se adquirieron en Irlanda del Norte.

Un poco más de 21% también informó ser VIH positivo.

El número de parejas sexuales que las personas declararon oscilaba entre uno y 50 en los tres meses anteriores al diagnóstico.

Las coinfecciones incluyeron gonorrea y clamidiosis.

Los kits de prueba en el hogar confirmados por la Agencia de Salud Pública tuvieron una tasa de positividad de 10% para clamidiosis, gonorrea, sífilis o VIH.

La tasa de positividad en las clínicas GUM es aún más alta: 40%; el aumento de la tasa se debe a que los pacientes que asisten a las clínicas GUM presentan síntomas.

De 2006 a 2011 el número de nuevos diagnósticos de ITS se mantuvo relativamente estable en Irlanda del Norte.

Se registró una fuerte disminución entre 2011 y 2017 y los funcionarios citaron un cambio en la tecnología de prueba dentro de las clínicas GUM como la razón probable.

“Sin embargo, los diagnósticos de nuevas ITS han vuelto a aumentar desde 2017, con un aumento adicional de 2% en 2019 en comparación con 2018”, afirma el informe.

“En 2021 el número de nuevas ITS aumentó 5%, otras ITS aumentaron un 15% y otros diagnósticos aumentaron 16%”.



El Ministerio de Salud de Sri Lanka informó que se calcula que cerca de 4.000 enfermos de lepra en la comunidad no han sido detectados por las autoridades sanitarias.

El Director de la Unidad de Control de la Lepra, Dr. Prasad Ranaweera, dijo que existe el riesgo de que la lepra se propague en la sociedad debido a estos casos no documentados.

También expresó que, durante los primeros siete meses de 2022, más de 450 pacientes de lepra han sido tratados en el país.

Sri Lanka logró la eliminación de la lepra (menos de 1 caso cada 10.000 habitantes) en 1995. Sin embargo, la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública en el país.

La Campaña Nacional Contra la Lepra (ALC) tiene como objetivo eliminar la enfermedad para 2030.

Los objetivos de la ALC son los siguientes:

- Reducir la transmisión activa de la lepra.
- Reducir la tasa de casos nuevos con deformidades de grado 2.
- Aumentar la tasa de detección temprana (menos de 6 meses desde el inicio de los síntomas).
- Mejorar las tasas de finalización del tratamiento hasta en 90%.
- Reducir el desarrollo de nuevas deformidades durante el tratamiento y después de completar el tratamiento.
- Brindar prevención y manejo integrales de la discapacidad a través de la educación y mejores servicios de rehabilitación.
- Combatir todas las formas de estigma asociado con la lepra.
- Garantizar los derechos de las personas afectadas por la lepra.

Se detectó un total de 1.749 casos de lepra en 2019, y 1.290 casos en 2020 con la mayoría de los casos en la Provincia Occidental. Los patrones de la enfermedad indican que aquellas personas de los estratos socioeconómicos más bajos son más propensas a contraer la enfermedad, y los médicos describen los hogares superpoblados y las malas condiciones sanitarias como las principales razones de la rápida propagación.

En 2018 se detectó bajo nivel de conciencia sobre la lepra, retraso en la búsqueda de tratamiento, diagnósticos erróneos por parte de los proveedores de atención médica y un alto nivel de estigma.

Un hospital de Salisbury admitió a cinco personas con carbunco en las últimas seis semanas. Uno todavía está bajo tratamiento.

El Oficial Médico de Salud de la Ciudad, Dr. J.C.A. Davies, dijo que tres de los casos se originaron en Mashonaland. Los otros son de Midlands.

“Todos los pacientes fueron admitidos en el Hospital de Enfermedades Infecciosas en Beatrice Road, y todos excepto uno fueron dados de alta”, dijo.

Los inspectores del gobierno aún están alertas por la carne de origen irregular después de allanar recientemente muchas tiendas en el área municipal de Salisbury y confiscar 16 reses que no habían sido procesados legalmente ni aprobados médicamente.

Uno de los inspectores, H. Hardwick, dijo que no había habido más redadas, pero que estaban esperando “información de retroalimentación” sobre los proveedores, cuya carne podría haber venido de cualquier parte e incluso podría haber sido robada.

“Estamos recibiendo llamadas telefónicas extrañas de miembros del público y algunos hoteles que preguntan sobre la calidad de su carne diciendo que no les gusta su apariencia o que es dura”, dijo.

De un total de 1.259 personas que han contraído carbunco en Midlands hasta la fecha, 26 personas habían muerto, según datos del Oficial Provincial de Salud, Dr. Ian Campbell, suministrados en Gwelo el 14 de noviembre.

“De esos, con mucho, la mayor cantidad proviene de Silobela”, dijo, y agregó que no tenía forma de saber acerca de los casos o las muertes no notificadas.

Campbell dijo que habría esperado que ocurrieran casos en el área de Lower Gwelo, pero no había oído hablar de ninguno.

“Parece detenerse en la carretera. Hemos tenido algunas muertes de ganado en el área, pero hasta ahora no hemos tenido ningún caso humano”.



El método por el cual un bebé fue dado a luz está asociado con la forma en que su sistema inmunológico responderá a dos vacunas infantiles clave.

Los bebés nacidos de forma natural presentan mayores niveles de anticuerpos que los nacidos por cesárea tras recibir las vacunas que protegen de *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.

Los resultados podrían ayudar a informar sobre las conversaciones entre las futuras madres y sus médicos acerca de las cesáreas, y dar forma al diseño de programas de vacunación más adaptados.



Se estudió la relación entre los microbios intestinales y los niveles de anticuerpos tras la vacunación en una cohorte de 120 bebés, que fueron vacunados a las 8 y 12 semanas contra el neumococo y el meningococo.

Se siguió el desarrollo del microbioma intestinal en el primer año de vida del niño y su respuesta inmunitaria a las vacunas analizando muestras de saliva a los 12 y 18 meses.

En los 101 bebés sometidos a pruebas de anticuerpos como resultado de la vacuna que protege contra el neumococo, se encontró el doble de niveles de anticuerpos en los bebés que nacieron por parto natural en comparación con los que nacieron por cesárea.

La lactancia materna se relacionó con niveles de anticuerpos 3,5 veces más altos en comparación con los niños alimentados con leche artificial que habían nacido de forma natural.

Se analizaron los niveles de anticuerpos como resultado de la vacuna que protege contra el meningococo en 66 bebés. Se descubrió que los niveles de anticuerpos eran 1,7 veces mayores en los bebés nacidos por parto natural, independientemente de la lactancia, en comparación con los nacidos por cesárea.

El microbioma intestinal se siembra al nacer, se desarrolla rápidamente durante los primeros meses de vida y está influenciado principalmente por el modo de parto, la lactancia materna y el uso de antibióticos.

Se encontró una clara relación entre los microbios del intestino de esos bebés y los niveles de anticuerpos. Por ejemplo, entre una serie de bacterias intestinales, los niveles elevados de dos en particular –*Bifidobacterium* y *Escherichia coli*– se asociaron con una elevada respuesta de anticuerpos a la vacuna que protege contra el neumococo.

Los niveles elevados de *E. coli* también se relacionaron con una alta respuesta de anticuerpos a la vacuna que protege contra el meningococo. El bebé adquiere las bacterias *Bifidobacterium* y *E. coli* a través del nacimiento natural, y la leche humana es necesaria para proporcionar los azúcares con los que estas bacterias se desarrollan.

El microbioma de los bebés en los primeros años de vida contribuye a la respuesta del sistema inmunitario a las vacunas y establece el nivel de protección contra ciertas infecciones en la infancia.

En el futuro, se podrían ajustar los calendarios de vacunación en función del modo de parto o del análisis del microbioma del bebé.

Los investigadores esperaban encontrar una relación entre el microbioma intestinal y las respuestas de los bebés a las vacunas, aunque no pensaron encontrar los efectos más fuertes en las primeras semanas de vida, según reconocieron.

Especialmente interesante es haber identificado varios microbios beneficiosos como el vínculo entre el modo de administración y las respuestas a la vacuna.

En el futuro, se podrían complementar esas bacterias a los niños nacidos por cesárea poco después del parto mediante, por ejemplo, trasplantes fecales de madre a bebé o el uso de probióticos específicamente diseñados.

Las actuales epidemias de cólera en el mundo, que este año han llegado a un récord de 29, tienen “un gran potencial de expansión” en zonas vulnerables de África Occidental y de América Latina, dijo el 15 de noviembre el especialista de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Philippe Barboza.

El riesgo se observa sobre todo en zonas vulnerables, con acceso limitado al agua potable y a servicios de saneamiento básico, como el brote en Haití, donde ha causado más de 150 decesos y se teme que pueda propagarse a través de los flujos migratorios.

El país con el mayor riesgo es República Dominicana, que comparte la misma isla con Haití, pero que cuenta con un sistema robusto para detectar cualquier caso e impedir una propagación.

Los brotes simultáneos de cólera –entre los que están el de Siria, El Líbano, Pakistán y Malaui– coinciden con una capacidad limitada de producción de vacunas para prevenir la enfermedad, de las que este año se proyecta llegar a 36 millones de dosis.

La situación será más tensa el próximo año, ya que de los dos únicos productores de estas vacunas uno había anunciado antes de los recientes brotes que abandonaría esta línea de producción, una decisión de la que la OMS intentó disuadirle, sin éxito.

La respuesta de la OMS ha sido rebajar de dos a una la dosis recomendada y así poder controlar un brote, aunque el periodo de inmunidad se reduciría de seis a 24 meses, frente a cuatro años con la pauta completa.

“Desde octubre la reserva es insuficiente”, sostuvo Barboza, luego de que la entidad que coordina las reservas globales de esta vacuna aprobara la entrega de 5 millones de dosis a países que las necesitan con urgencia, mientras que se están revisando pedidos de 4 millones de dosis adicionales.

El Gobierno de Haití no ha solicitado vacunas para el cólera a la OMS.

El experto enfatizó que las vacunas son una respuesta de corto plazo a un brote epidémico de cólera, pero no una solución a largo plazo, que pasa por dar acceso a las poblaciones vulnerables a agua potable y letrinas.

Varias epidemias en el continente africano pudieron ser controladas en los últimos años sin necesidad de vacunas.

La situación actual es grave si se considera que en el último año se han registrado tres veces más casos de cólera que en los cinco años anteriores juntos.

Al mismo tiempo, la tasa de mortalidad ha aumentado a 3% para una enfermedad que puede curarse con sales rehidratantes y antibióticos, en los casos más serios, pero que de no recibir tratamiento puede matar en cuestión de horas, en particular si se trata de niños.

En circunstancias normales, la mortalidad por cólera se ubica en menos de 1%, pero en Haití esta tasa se ha disparado por la crisis de seguridad y humanitaria que sufre el país, donde la

escasez de combustible impide transportar ayuda para controlar la epidemia y a los enfermos buscar atención sanitaria.

Para Barboza, el mundo entra en un periodo en el que las cosas pueden empeorar con la llegada de los huracanes y ciclones en el Caribe y en Asia, lo que previsiblemente provocará un exceso de precipitaciones y agua sucia y estancada.

El cólera se transmite comúnmente a través del agua contaminada.

“Si no se controla la actual propagación del cólera, el próximo año puede ser peor”, alertó el especialista en control del cólera en la OMS, tras insistir en que ahora el cambio climático juega un rol mucho más importante en la severidad de los brotes de cólera.

Prevenção...



Esta campaña, titulada "Trampas", fue publicada en Brasil en septiembre de 2020.

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 aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.