

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de rabia humana
- Santa Fe: Reportaron una muerte por hantaviriosis en un joven de Florencia

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por aumento de casos y muertes por fiebre chikungunya
- América Latina: El primer caso humano de influenza aviaria destaca una preocupante falta de control y vigilancia

- Brasil: Una variante genética protege de la enfermedad de Chagas a habitantes de la Amazonía

- Cuba: Brote de histoplasmosis en Artemisa

- Estados Unidos: Se diagnostican más casos de cáncer de colon en jóvenes

EL MUNDO

- Dinamarca: Fuerte aumento en los casos de gonorrea

- España: Inesperada segunda ola de influenza a las puertas de la primavera

- España: Descubren en Mallorca una nueva especie de *Legionella*

- Europa: Alertan del aumento de casos de COVID-19 en mayores de 65 años

- Nigeria: Confirmaron 636 casos de fiebre hemorrágica de Lassa en lo que va del año

- Sudáfrica: El brote de sarampión supera los 700 casos desde octubre de 2022

- Los casos semanales de COVID-19 bajaron del millón por primera vez desde 2020

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

sadi Sociedad Argentina de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

CSL Seqirus
WWW.SEQIRUS.COM.AR

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.

Durante 2022 se registraron 14.111 accidentes potencialmente rábicos en el país. Las jurisdicciones más afectadas fueron las provincias de Buenos Aires (62,5% de los casos), Córdoba (10,5%), Santa Fe (10%) y Salta (8,4%).

No se registraron casos confirmados de rabia humana durante 2022.

A partir del año 1976, en el que se registraron 19 fallecimientos por rabia, el número se redujo progresivamente hasta el año 2008, en que se produjo el último registro de rabia humana transmitida por perros. En el año 2021 se confirmó el fallecimiento de un caso de rabia humana variante murciélagos transmitida por un gato en la provincia de Buenos Aires.

La rabia es una zoonosis de origen viral que afecta al sistema nervioso central de todas las especies de mamíferos, incluido el hombre, que en la gran mayoría de los casos presenta un desenlace fatal. Está distribuida en todo el mundo y es la responsable de la muerte de más de 60.000 personas por año, por lo que la importancia de la rabia para la salud pública, tanto en Argentina como en el mundo, radica en la alta letalidad que presenta la enfermedad, que es inmunoprevenible, tanto en animales como en humanos, y es precisamente la inmunización el factor fundamental para su control.

El agente etiológico del virus de la rabia pertenece a la familia Rhabdoviridae, del género *Lyssavirus*. En Argentina se registran principalmente cinco variantes de virus rábico: variantes 1 y 2 (canina), variante 3 (murciélagos hematófago) y variantes 4 y 6 (murciélagos insectívoros).

En el ciclo urbano los principales reservorios y fuentes de infección son los perros y los gatos. Existen otros reservorios silvestres (cánidos salvajes y vampiros y murciélagos frugívoros e insectívoros).

La rabia se transmite por la inoculación de virus contenido en la saliva de un animal infectado principalmente por mordedura y más raramente por rasguño o lamido de mucosas.

En la Región de las Américas, la incidencia de la rabia humana transmitida por perros se ha reducido cerca de 98%, de más de 300 casos notificados en 1983 a un caso en 2022. La mayoría de los casos humanos actuales se producen debido principalmente a transmisiones de animales silvestres, en su mayoría los murciélagos hematófagos.

Este avance es el fruto de campañas masivas de vacunación canina a nivel regional, de la sensibilización de la sociedad y de la ampliación de la disponibilidad de la profilaxis pre y post exposición de la población expuesta. Los resultados alcanzados en los últimos 38 años permiten afirmar que el logro de eliminar la rabia humana de origen canina (variante 1 y 2) en el continente americano puede estar cerca.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe confirmó el fallecimiento de un paciente con hantavirus tras la comunicación de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán'.

El paciente comenzó con síntomas el 13 de febrero y falleció el día 15, mientras estaba internado en el Hospital Regional de Reconquista. Se trata de un varón menor de edad de la localidad de Florencia.

Ante la sospecha del caso, los equipos territoriales realizaron acciones de bloqueo. Hasta la fecha, no se registraron personas con síntomas compatibles con hantavirus.

Los reservorios naturales del hantavirus son roedores de diferentes especies. La hantavirus es considerada una zoonosis y en el territorio de la provincia de Santa Fe se presenta de manera endemoepidémica. Se han descrito varias formas clínicas, desde un síndrome febril agudo inespecífico, hasta el Síndrome pulmonar por hantavirus (SPH), con alta mortalidad.

El cuadro clínico se caracteriza por una fase prodrómica de corta duración (4 a 6 días en promedio) en la que se presentan fiebre, dolor muscular, cansancio, dolor de cabeza y en ocasiones, un cuadro gastroentérico con vómitos y diarrea. En los casos más graves, la enfermedad evoluciona rápidamente a una fase cardiopulmonar, en la que se presentan distrés respiratorio y alteraciones hemodinámicas graves. La tasa de letalidad varía entre 16% y 50% según la región del país.

El laboratorio se acompaña de plaquetopenia, leucocitosis con linfocitos atípicos, aumento de hematocrito y transaminasas elevadas, pudiendo encontrarse también falla renal aguda. La transmisión al humano puede ser:

- Aérea: Por inhalación o a través del contacto directo con secreciones del virus a partir de saliva, orina y excremento de roedores.
- Interhumana: Es infrecuente y solo para algunos genotipos del virus Andes, y puede ocurrir dentro de las 48-72 horas del inicio de la fiebre. No se han reportado casos de transmisión interhumana en genotipos circulantes en la provincia de Santa Fe.

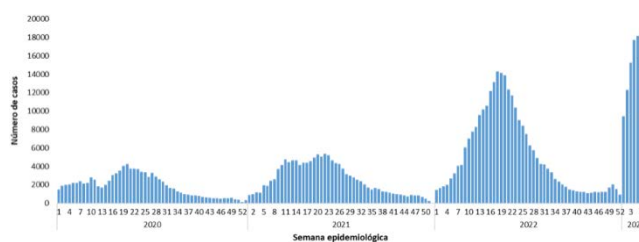
El comunicado no indica el entorno ambiental específico donde esta persona podría haber contraído la infección. La investigación del ministerio podría determinar eso a fin de informar a la población de la localidad de Florencia sobre las medidas preventivas para evitar la infección.

Tampoco indica el virus involucrado en este caso fatal. Es poco probable que se trate del virus Andes, porque el área de distribución de su roedor reservorio, el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*), se encuentra muy al oeste y al sur de Santa Fe, en las montañas y estribaciones de los Andes de Argentina y Chile.

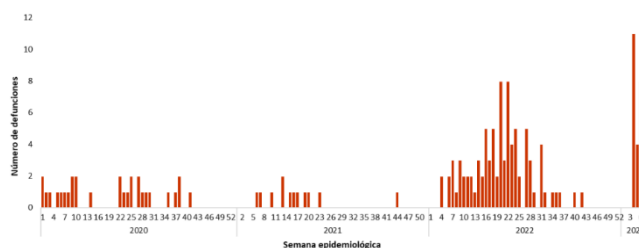
Varios hantavirus endémicos se han asociado con la infección humana en Argentina: el virus Andes (en el oeste del país, en el ratón colilargo, *Oligoryzomys longicaudatus*); virus similares al virus Andes Hu39694 (centro de Argentina, reservorio desconocido); virus Maciel (en el ratón oscuro, *Bolomys obscurus*); virus Lechiguana y Central Plata (centro de Argentina, en el ratón colicorto, *Oligoryzomys flavescens*); virus Orán (noroeste de Argentina, en el ratón colilargo, *O. longicaudatus*); virus Anajatuba y Jujuitiba (en el ratón colicorto de Fornes, *Oligoryzomys fornesi*); y el virus Bermejo (oeste de Argentina, en el ratón colicorto chaqueño, *Oligoryzomys chacoensis*). Siempre existe la posibilidad de infección por el hantavirus Seoul, ampliamente distribuido en el mundo en la rata parda (*Rattus norvegicus*). Sin confirmación de laboratorio, no es posible decir con certeza qué hantavirus estuvo involucrado en este caso en la provincia de Santa Fe.

Durante el año 2022, en la Región de las Américas se registró un incremento en el número de casos y defunciones por fiebre chikungunya por encima de lo notificado en los años anteriores. Adicionalmente, en la temporada actual, se observa una expansión de la ocurrencia de la enfermedad más allá de las áreas históricas de transmisión reportadas desde 2014.

Esta tendencia se ha mantenido durante las primeras semanas de 2023, en las que este aumento de casos y defunciones se ha hecho aún más evidente, representando un comportamiento atípico. Ante esta situación, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una [Alerta Epidemiológica](#), reiterando a los Estados Miembros intensificar las acciones de preparación de los servicios de atención de salud, incluido el diagnóstico y manejo adecuado de los casos; y reforzar las medidas de prevención y control vectorial para disminuir el impacto de esta y otras arbovirosis.



Casos notificados de fiebre chikungunya. Región de las Américas. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 8 de 2023. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Defunciones notificadas por fiebre chikungunya. Región de las Américas. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 8 de 2023. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Resumen de la situación

En 2022 se notificó un total de 273.685 casos de fiebre chikungunya, incluidas 87 defunciones, en 14 de los países y territorios de la Región de las Américas. Esta cifra es mayor a lo observado en el mismo periodo de 2021 (137.025 casos, incluidas 12 defunciones). En las primeras ocho semanas epidemiológicas (SE) de 2023, se notificaron 115.539 casos y 33 defunciones, con las tasas de incidencia más altas en Paraguay (1.128 casos cada 100.000 habitantes) y Brasil (14,2 casos cada 100.000 habitantes).

Estos incrementos en el número de casos y defunciones por encima de lo notificado en los últimos años se suman a la circulación simultánea de otras arbovirosis, como dengue y fiebre zika, impactando en la sobrecarga de los servicios asistenciales. Las tres enfermedades son transmitidas por los mismos vectores, *Aedes aegypti* (más prevalente) y *Aedes albopictus*, los cuales están presente en casi todos los países y territorios de la Región.

Es muy importante para todo el Hemisferio Sur extremar la vigilancia y estar preparados para intensificar las acciones de prevención, control y preparación de los servicios de salud para enfrentar cualquier incremento de casos de arbovirosis en este primer semestre del 2023 y en especial de fiebre chikungunya, dada la acumulación de susceptibles después de ocho años del gran brote epidémico por esta enfermedad en 2014.

Desde el año 2020, la circulación de los virus del dengue y la fiebre chikungunya ocurre de manera simultánea con la transmisión activa del SARS-CoV-2 en los países y territorios endémicos en la Región de las Américas. Adicionalmente, la identificación de las nuevas variantes de preocupación del SARS-CoV-2 y las coberturas inadecuadas de la vacuna contra la COVID-19, en áreas endémicas de fiebre chikungunya y otras arbovirosis donde las medidas de salud pública y sociales para prevenir la COVID-19 se han flexibilizado, plantean una situación epidemiológica compleja, una alta demanda en los servicios de salud, así como un desafío constante para los sistemas de salud en todos sus componentes y niveles, incluyendo las medidas de prevención y control del vector, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y el manejo de estos casos.

A continuación, se presenta la situación epidemiológica de la fiebre chikungunya en países seleccionados de la Región de las Américas:

- **Argentina**

La fiebre chikungunya se notificó por primera vez en Argentina en 2016. En 2023, hasta la SE 9, se notificó un total de 230 casos, de los cuales 198 corresponden a casos confirmados por laboratorio, sin defunciones. Del total de casos, 12 no tienen antecedentes de viaje y se notificaron en tres localidades de la provincia de Buenos Aires, y uno en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). La provincia de Buenos Aires no registraba antecedentes de circulación del virus Chikungunya.

Adicionalmente, los antecedentes de viaje de 45 casos confirmados y probables están actualmente bajo investigación en la CABA (10 casos), y en las provincias de Buenos Aires (23 casos), Misiones (4), Chaco (2), Córdoba (2), Formosa (2), Corrientes (1) y Santa Fe (1); sumados a los 173 casos con antecedentes de viaje (importados) que también están bajo investigación.

- **Bolivia**

El primer caso de fiebre chikungunya en Bolivia fue notificado en 2015. En 2023, hasta la SE 6, se notificaron 300 casos, sin defunciones, lo que representa un incremento de ocho veces en los casos comparado con el mismo periodo de 2022. En 2023, hasta la SE 6, la incidencia acumulada nacional es de 2,5 casos cada 100.000 habitantes, representando un aumento relativo de 681% comparado con el mismo periodo de 2022 (0,32 casos cada 100.000 habitantes).

- **Brasil**

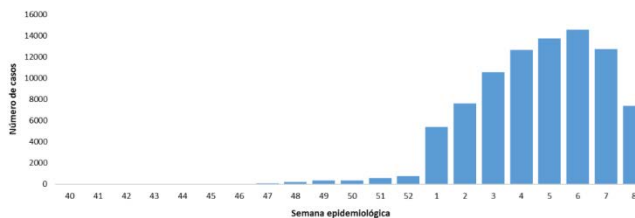
En 2023, hasta la SE 9, se notificaron 35.566 casos (confirmados y probables), con una tasa de incidencia de 16,7 casos cada 100.000 habitantes. Esto representa un aumento de 109,6% en comparación con el mismo período de 2022. Se confirmó una defunción en Espírito Santo y otras 13 aún están bajo investigación. De las 27 Unidades Federativas, en 2023 sólo Acre y Amapá no han notificado casos.

En la Región Sur del país se notificaron 224 casos (tasa de incidencia de 0,7 casos cada 100.000 habitantes), lo que representa un aumento de 180% en comparación con el mismo período de 2022 (80 casos). El aumento de casos se puede observar a partir de la SE 4, con

el 10,5% de los municipios de Paraná, el 4,7% de Santa Catarina y el 3,2% de Rio Grande do Sul reportando casos entre la SE 1 a la 9 de 2023.

- **Paraguay**

El primer caso autóctono fue notificado en 2015. En el año 2016 los casos se concentraron en el Área Metropolitana (Asunción y departamento Central) y en el año 2018 en el departamento de Amambay. Desde la SE 40 del año 2022, se viene observando una tendencia creciente en el reporte de casos por sobre el umbral histórico. A la fecha, se notificaron 34.659 casos clasificados como probables y confirmados, incluyendo 2.910 casos hospitalizados y 34 defunciones ocurridas entre la SE 52 de 2022 y la SE 8 de 2023. El 93% de los casos (32.258/34.659) y 97% (33/34) de las defunciones se notificaron entre las SE 1 y 8 de 2023. Los casos confirmados y probables se notificaron en las 18 regiones en que se divide el país, siendo dos las regiones que concentran el mayor número de casos: Central (21.069 casos, incluidas 23 defunciones) y Asunción (8.754 casos, incluidas ocho defunciones), mientras que las mayores tasas de notificación se reportan en Central (62%), Asunción (22%), Paraguarí (3,5%) y Cordillera (2,5%).



Casos notificados de fiebre chikungunya. Paraguay. De semana epidemiológica 40 de 2022 a 8 de 2023. Fuente: Ministerio de Salud Pública de Paraguay.

A diferencia de lo registrado en años anteriores, en este brote se notificaron 132 casos en recién nacidos, cuatro de los cuales fallecieron. Se informó también un caso fatal en un lactante de 31 días. Adicionalmente, entre la SE 1 y 8 de 2023 se reportaron 219 casos sospechosos de meningoencefalitis aguda, 87 asociados al virus Chikungunya, de los cuales 38 corresponden a neonatos. En los años anteriores a este brote no se habían reportado defunciones.

En los primeros brotes registrados (2015-2016), el genotipo identificado fue el Asiático. Actualmente, el genotipo que circula es el Este/Centro/Sur Africano (ECSA), el cual fue identificado por primera vez en 2018, en un brote ocurrido en el departamento Amambay, e identificado nuevamente en muestras de 2022 en el Área Metropolitana de Asunción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) urgió a los ciudadanos a [alejarse de las aves moribundas](#) para evitar que la influenza aviar salte a los humanos y se multiplique el riesgo de sufrir una nueva pandemia. El análisis del primer caso de esta enfermedad animal en una persona en América Latina, sin embargo, destapó una preocupante falta de controles y vigilancia. Una familia de una aldea de Ecuador compró en diciembre unas gallinas que murieron a los pocos días, a apenas 100 kilómetros de la granja en la que se detectó [el primer brote de influenza aviar](#) del país. Una niña de 9 años de la casa empezó a presentar síntomas gripales el 25 de diciembre y debió ser ingresada cinco días después, pero no se enviaron muestras para analizar hasta el 5 de enero y el positivo no se comunicó a la OMS hasta [el 9 de enero](#). Los científicos que estudiaron a la niña alertaron del “alto riesgo” de que casos así provoquen la aparición de nuevas variantes que representen “una amenaza de pandemia” para la humanidad.



Dos técnicos vacunan un pollo en una granja avícola de Puéllaro (Ecuador).

El virus de la influenza aviar A(H5N1) lleva más de dos décadas circulando por el mundo. Desde 2003 ha saltado casi 900 veces a los humanos y ha matado [a más de la mitad](#), pero nunca ha llegado a transmitirse eficazmente entre personas. En los últimos tres años, un subtipo muy contagioso del virus, denominado 2.3.4.4b, ha provocado una propagación sin precedentes de la enfermedad en las aves. Europa sufre la peor epidemia de influenza aviar de su historia y muchos países americanos están [en alerta máxima](#).

En ese contexto, la niña ecuatoriana, de una aldea cercana a la localidad de Guaranda, fue trasladada a un centro de salud local el 27 de diciembre, con síntomas de influenza, tras convivir con las gallinas que habían muerto una semana antes. El 30 de diciembre fue internada en un hospital general y se le administró un tratamiento contra la meningitis. El 3 de enero, finalmente, fue ingresada en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico ‘Baca Ortiz’ de Quito, con una neumonía muy grave. La niña estuvo a punto de morir, según confirmó la infectóloga [Nancy Carmita Greta Muñoz López](#), directora médica del centro. Tras semanas con ventilación mecánica y antivirales, la pequeña, ya recuperada, fue dada de alta el 17 de febrero.

El biólogo español [Miguel Ángel García Bereguain](#) es otro de los expertos que han analizado el caso de la niña. “Lamentablemente, la intensidad de la vigilancia a nivel animal en Ecuador es baja y a nivel humano es inexistente”, afirmó. El científico lamenta la cadena de desaciertos en torno al caso. “Se tardó casi dos semanas en enviar una muestra al Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública de Ecuador, pese a que el pueblito de la niña está muy cerca de la granja en la que ocurrió el brote inicial”, señaló el biólogo, de la Universidad de Las Américas, en Quito.

El epidemiólogo Richard Pebody, jefe del equipo que vigila los patógenos de alta amenaza en la Organización Mundial de la Salud, hizo un [llamamiento a la población](#) la semana pasada. “Se debe recordar a los ciudadanos que, si ven aves u otros animales muertos o moribundos, no los tomen, debido al riesgo potencial que representan”, alertó desde su oficina en Copenhagen.

García Bereguain subrayó la imposibilidad de llevar a cabo esa recomendación en muchas partes del mundo. “La interacción con las aves en Copenhagen se limita a ir al supermercado a comprar pollo y huevos. En Ecuador los tienen en el patio de cada casa. No hay nada más lejos de la realidad que pretender que la gente en una aldea de Ecuador interactúe con los pollos que tiene en su casa usando guantes y barbijo”, afirmó el biólogo. “Por eso creemos que la aparición de este brote del 2.3.4.4b es particularmente preocupante en el contexto de América del Sur, donde no hay buenas estrategias de control”, recalcó.

El equipo de García Bereguain publicó el 6 de marzo [el análisis del caso](#) de la niña en la revista de la Sociedad Internacional de Medicina del Viajero. Los autores destacaron que los técnicos locales del Ministerio de Salud de Ecuador tardaron “varios días” en enviar las muestras de la niña, “por problemas logísticos”, pese a que el país ya estaba en alerta por influenza aviar altamente patógena. La paciente llevaba días con tratamiento antiviral, así que el material genético del virus estaba muy degradado, lo que dificultó el diagnóstico. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos confirmaron esta semana que el virus es un A(H5N1) del subtipo 2.3.4.4b.

Los autores del estudio también critican que “debido a restricciones presupuestarias, no ha habido una vigilancia activa de las personas expuestas a aves de corral infectadas en Ecuador”. Uno de los firmantes es el microbiólogo [Alfredo Bruno](#), experto en virus respiratorios del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, el laboratorio de referencia para la influenza en Ecuador. Bruno detalló que, desde los primeros brotes en noviembre, su equipo solo recibió cinco muestras de aves de corral para secuenciar el genoma del virus, una información esencial para vigilar la evolución del patógeno y preparar vacunas. Su laboratorio no recibió muestras sospechosas de humanos, salvo las asociadas al caso de la niña de 9 años. “Se debe mejorar la vigilancia en la interfaz humano-animal y fortalecer la coordinación entre las instituciones”, reconoció Bruno. El microbiólogo afirmó que el Ministerio de Salud Pública sí hace vigilancia activa, pero solo con pacientes que presentan síntomas clínicos.

Ecuador inició el 3 de marzo una campaña de vacunación en las granjas de aves cercanas a los focos de influenza aviar. El Ministerio de Agricultura y Ganadería anunció la administración de [cuatro millones de dosis](#) de esta vacuna, que disminuye la tasa de mortalidad de 80% a 40%, pero no impide contagios a otras granjas. La máxima preocupación es que el virus salte desde las aves a los mamíferos. En Perú, [la muerte masiva de lobos marinos](#) por influenza aviar sugiere que el virus puede estar ya saltando entre mamíferos en la naturaleza. En España, el análisis de un brote letal [en una granja de visones](#) en octubre también apuntó a una probable transmisión del virus aviar de carnívoro a carnívoro. Los 52.000 visones fueron sacrificados.

Las poblaciones del Amazonas sufrieron una selección natural a causa del patógeno de la enfermedad de Chagas y su genética se fue adaptando hasta tener una variante resistente a éste, según un reciente [estudio](#).

En el trabajo se combinó el análisis genómico de 118 personas de 19 poblaciones del Amazonas con estudios de laboratorio. Su principal descubrimiento es que las poblaciones amazónicas tienen una alta frecuencia de una variante del gen PPP3CA que reduce el riesgo de infección por *Trypanosoma cruzi*.



Los indígenas tsimane habitan en la Amazonía boliviana.

La enfermedad de Chagas afecta aproximadamente a 6 millones de personas solo en América Latina. Es una de las principales causas de muerte en esta región.

Sin embargo, a pesar de estar en contacto con el parásito, las poblaciones amazónicas casi no padecen la infección, y por eso el objetivo del estudio era descubrir la razón de esto.

La tuberculosis y la enfermedad de Chagas se encontraban en el Amazonas antes de la llegada de los europeos, pero no había estudios sobre las adaptaciones genéticas de las poblaciones amazónicas para sobrevivir en este ambiente.

Adaptaciones genéticas

Este estudio reveló que estas poblaciones adquirieron adaptaciones genéticas que les conferirían resistencia a las enfermedades infecciosas, como la producida por *T. cruzi*, que les permitieron adaptarse a su estilo de vida en la selva. El foco estuvo puesto en encontrar indicios de selección natural positiva relacionada con las enfermedades tropicales en América.

Al analizar los genomas, se encontró una variante del gen PPP3CA en alta frecuencia en los habitantes de la Amazonía que podría ser la responsable de esta resistencia, y para comprobarlo lo sometieron a pruebas en el laboratorio, donde se descubrió que la variante del gen PPP3CA reduce el riesgo de infección por *T. cruzi*.

El gen PPP3CA codifica para una proteína clave que activa las células inmunitarias innatas y la internalización del parásito *T. cruzi* en las células humanas. Este gen, que se expresa en el tejido del corazón y en las células inmunológicas, es muy abundante en las poblaciones amazónicas.

La presencia de la variante del gen PPP3CA podría ser la causa de que la enfermedad sea más leve o haya menos infección en estas poblaciones.

El estudio estimó que esta selección natural en favor de una mayor resistencia a la enfermedad de Chagas empezó hace 7.500 años, después de que las poblaciones del Amazonas se separaran de las poblaciones de los Andes y de la costa del Pacífico.

Con base en estudios anteriores, con muestras de 9.000 años de antigüedad, la investigación concluyó que las epidemias habrían seleccionado positivamente a los humanos con mayor resistencia a las enfermedades tropicales, como la de Chagas, generando una resistencia única en esta población.

La investigación también encontró adaptaciones genéticas asociadas con rasgos del comportamiento como el *Novelty-seeking behaviors* o “Comportamiento de búsqueda de novedad”, un rasgo genético que determina un comportamiento de búsqueda activa de nuevas experiencias.

El estudio concluyó que este rasgo podría haber sido importante para el estilo de vida cazador-recolector de las poblaciones amazónicas en el pasado, pues les habría ayudado a explorar nuevos territorios y buscar recursos.

También detectó rasgos cardiovasculares y metabólicos que concuerdan con la predominancia genética observada en investigaciones anteriores, pues ya se había detectado una tasa de obesidad, diabetes y enfermedades coronarias de 66% en algunas poblaciones amazónicas.

Tras una actividad religiosa en las Ruinas del Cafetal Angerona, municipio de Artemisa, en la provincia homónima, tuvo lugar un brote de histoplasmosis, en el área de los aljibes, con un total de 43 personas expuestas, de las que 34 enfermaron; siete de los afectados son niños.



Raymundo Verde, Jefe del Departamento de Higiene y Epidemiología en Artemisa, manifestó que “el evento tuvo lugar el 29 de enero, y el estudio y control del foco comenzó el 22 de febrero, cuando los afectados acudieron al hospital, ante el inicio de los síntomas, como cefalea, dolor muscular y fiebre intermitente, los que pueden aparecer entre los tres y 17 días posteriores a la exposición”.

Esta enfermedad infecciosa se produce por la inhalación de esporas del hongo *Histoplasma capsulatum*, presente en las heces de murciélago, y que puede provocar una neumonía muy difícil de tratar. En la zona de los aljibes o cuevas hay antiguos depósitos de agua, en cuyo suelo crece este hongo fertilizado por el guano del mamífero y donde tuvieron el contacto las personas afectadas.

“De la localidad de Artemisa son 35 los expuestos y 26 los infectados (74,2%); nueve debieron ser hospitalizados, e igual número permanecen asintomáticos, bajo vigilancia. Los ingresados se encuentran recibiendo atención en los hospitales de San Cristóbal y Artemisa. También se realizaron nueve esputos y 13 mono sueros, que fueron trasladados al Instituto de Medicina Tropical ‘Pedro Kourí’ para su análisis”, explicó.

Las medidas ante esta eventualidad, refirió Verde, son “el uso de barbijo en el sitio, evitar remover el suelo con presencia de heces, evitar –sobre todo– ingresar al área de las cuevas como prevención, y en el caso del personal que trabaja en el lugar, y también en el Monumento Nacional ubicado a unos 6 kilómetros de la cabecera provincial, el debido humedecimiento de las paredes con agua e hipoclorito”.

Incluso, “ya se colocó una cinta amarilla para impedir el paso de personas y se coordina con Flora y Fauna para proceder a la clausura de los recintos contaminados de forma permanente”.

Al parecer –según declararon los propios enfermos–, la autorización para realizar esta fiesta, la obtuvieron de Cultura, aunque, competiría más a Patrimonio o Flora y Fauna, comentó el epidemiólogo.

En todo caso, se trata de un evento atípico, ya que las personas afectadas suelen ser geólogos y espeleólogos, o personal especializado en la extracción del guano para su empleo como abono.

El cáncer de colon continúa en aumento entre los adultos más jóvenes de Estados Unidos. La Sociedad Americana del Cáncer informó que, en un cuarto de siglo, los casos se han duplicado entre las personas menores de 55 años.

Además, un número significativamente más alto de estadounidenses están siendo diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad, según la entidad.

Hasta 2019, un 20% de los casos de cáncer de colon ocurrían en adultos menores de 55 años, un aumento respecto a un 11% en 1995, según un nuevo [informe](#).

Además, investigadores encontraron que la proporción de personas diagnosticadas con un cáncer en etapa avanzada alcanzó a 60% en 2019, un aumento respecto al 52% de mediados de la década de 2000. La tasa de enfermedad avanzada fue de 57% en 1995, antes de que las pruebas de detección estuvieran disponibles ampliamente.

Los expertos en cáncer se sienten perplejos, sobre todo dado que las cifras están en declive en la población general.

“No sabemos qué empuja el aumento en el cáncer colorrectal entre las personas jóvenes”, comentó el investigador sénior, el Dr. Ahmedin Jemal, vicepresidente sénior de ciencias de la vigilancia y la igualdad en la salud de la Sociedad del Cáncer.

“Se están realizando muchas investigaciones. Algunas personas dicen que es probable que la obesidad o los cambios en la dieta en las últimas décadas pudieran ser un motivo, pero en realidad no sabemos las causas exactas de este rápido aumento en las tasas de incidencia del cáncer colorrectal”, lamentó.

En 2023, más de 153.000 estadounidenses serán diagnosticados con un cáncer de colon, y 52.550 fallecerán de la enfermedad.

“La mejor protección contra el cáncer de colon son las pruebas de detección”, enfatizó Jemal.

La sociedad oncológica recomienda que las pruebas de detección comiencen a los 45 años para las personas con un riesgo promedio. Pero Jemal señaló que apenas cuatro de cada 10 adultos se están sometiendo a las pruebas de detección.

“Si aumentáramos las pruebas de detección del cáncer colorrectal a un 80%, estimamos que se podrían evitar decenas de miles de casos, y se podrían salvar miles de vidas”, planteó.

“El médico puede proveer una prueba de sangre en heces, o remitir a una colonoscopia de detección”, apuntó Jemal. La ventaja de la colonoscopia es que se debe realizar solo una vez cada 10 años, mientras que la otra se debe realizar cada año.



“Las barreras para acceder a las pruebas de detección incluyen no tener un seguro y que el médico de atención primaria no recomiende las pruebas de detección”, comentó.

Aunque los adultos más jóvenes están desarrollando cáncer de colon, Jemal no anticipa que se baje la edad recomendada para las pruebas de detección.

“Es muy poco probable, porque habrá un análisis de rentabilidad, y entre todos los casos de cáncer colorrectal que ocurren antes de los 50 años, un 43% ocurren entre los 45 y los 49 años. Es muy poco probable que hacerlo a una edad más temprana tuviera algún beneficio”, dijo Jemal.

El Dr. John Ricci, jefe de cirugía colorrectal del Centro Médico Judío de Long Island, en Great Neck, New York, comentó que, hoy en día, trata a muchos pacientes más jóvenes con un cáncer de colon. “Era casi insólito ver a una persona en la treintena con un cáncer de colon, y ahora lo vemos con bastante frecuencia, lamentablemente”, apuntó Ricci.

“Los pacientes deben conocer sus antecedentes familiares”, planteó Ricci.

“No se trata solo de los antecedentes familiares de cáncer, sino también de pólipos de alto riesgo. Si unos familiares cercanos han tenido más de tres pólipos, o pólipos grandes, una persona calificaría para una colonoscopia temprana”, señaló Ricci. Los pólipos se pueden convertir en cáncer si no se extirpan.

Los cambios en los hábitos intestinales y el sangrado, que son síntomas del cáncer de colon, son motivos para que un gastroenterólogo haga una evaluación. “Cuando se tiene un cáncer sintomático, en general está más avanzado”, dijo Ricci.

“Los médicos deben recomendar las pruebas de detección, y los pacientes deben ser proactivos y preguntar al médico sobre las pruebas de detección”, añadió.

“Hay que ser consciente de que el cáncer colorrectal ya no es una enfermedad de las personas mayores. Ahora es una enfermedad de las personas de mediana edad. Y parece que las pruebas de detección no se las están haciendo suficientes personas”, enfatizó Ricci.

En el informe, se utilizaron datos disponibles hasta 2019 de 50 estados y el Distrito de Columbia, del Instituto Nacional del Cáncer y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Se encontró que la incidencia de cáncer de colon y las muertes relacionadas se redujeron de 3% a 4% al año a principios de la década de 2000 a 1% y 2% al año, respectivamente, en la última década.

Las tasas de cáncer de colon fueron 33% más altas en hombres (41,5 cada 100.000) que en mujeres (31 cada 100.000) de 2015 a 2019, probablemente debido a diferencias en los factores de riesgo, como el peso corporal excesivo, el consumo de carne procesadas y el tabaquismo.

Las tasas de cáncer de colon se han reducido en las personas de a partir de 65 años, y se han estabilizado entre los 50 y los 64 años, pero han aumentado 2% al año en las personas menores de 50 años y en las de 50 a 54 años.

Además, las muertes por cáncer de colon han aumentado desde alrededor de 2005, en 1% al año en las personas mayores de 50 años, y en casi 1% en las personas de 50 a 54 años.

Las tasas más altas de cáncer de colon son entre los nativos de Alaska (88,5 cada 100.000), los amerindios (46 cada 100.000) y las personas negras (41,7 cada 100.000). Entre las personas blancas, la incidencia es de 35,7 cada 100.000. Los patrones de mortalidad son similares, y es más alta entre los nativos de Alaska, los amerindios y las personas negras.



DINAMARCA

FUERTE AUMENTO EN LOS CASOS DE GONORREA

03/03/2023

Los casos de gonorrea han estado aumentando durante mucho tiempo, y actualmente estas cifras han dado un gran salto: casi 40% más personas fueron diagnosticadas con gonorrea el año 2022 en comparación con el año anterior, y este número se encuentra ahora en el nivel más alto en más de 25 años.

En 2022 se notificó un total de 3.906 casos de esta infección de transmisión sexual (ITS), mientras que en 2021 se notificaron 2.807 casos. En comparación, en el año 2000, solo se informaron 152 casos.

La gonorrea se detecta con más frecuencia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que en heterosexuales, y mientras que para los HSH ha habido un aumento continuo de la infección durante varios años, la infección casi estuvo estancada entre los heterosexuales desde 2016.

Pero ahora el contagio se ve especialmente entre hombres y mujeres heterosexuales, que suponen un aumento de casi 44%, mientras que el contagio entre HSH aumentó algo menos, un 26%.

“Es un aumento muy fuerte entre los heterosexuales, donde por lo demás no ha habido un aumento significativo durante varios años. Ahora de repente vemos un salto después de la COVID-19”, dijo Susan Cowan, gerente de sección en el Statens Serum Institut.

“Tal vez haya una fiesta post-COVID. Es una teoría, pero no algo que hayamos comprobado”, agregó.

Hacia los mismos niveles que antes del VIH

Una posible explicación del hecho de que la gonorrea en general ha ido en aumento desde el cambio de milenio debe encontrarse en el hecho de que el miedo a otra ITS ha disminuido.

Cuando el VIH hizo su incursión en la década de 1980, las campañas a favor del sexo seguro y el miedo a contraer la nueva y entonces mortal enfermedad llevaron a más personas a protegerse con preservativos. Y el condón no solo protegió contra la infección por VIH, sino que también hizo que disminuyeran los casos de varias otras ITS.

“Sin embargo, hoy hay indicios de que cada vez más personas han dejado de usar el condón”, dijo Susan Cowan.

“El miedo al VIH ya no está tan presente como en las décadas de 1980 y 1990. Por lo tanto, creemos que la gonorrea alcanzará los mismos niveles que vimos antes del VIH”.

Los virus respiratorios llevan tres años sin responder a los patrones habituales que habían seguido durante décadas. Este invierno parecía volver la estacionalidad de la influenza, que se había comportado de forma anómala desde la irrupción de la COVID-19 (y las medidas para frenarla). Pero una inesperada segunda ola golpea a España a las puertas de la primavera, en unas fechas en las que los contagios normalmente estaban en caída libre. Estas infecciones, sin embargo, no parecen especialmente graves.



Una enfermera vacuna a un hombre contra la influenza y la COVID-19, en Sevilla.

Según el último informe epidemiológico del Instituto de Salud Carlos III, “la tasa de influenza en atención primaria describe una segunda onda estacional de influenza asociada a la circulación del virus de la influenza B”. Las mayores incidencias se están observando en menores de 15 años, aunque todas las franjas de edad están experimentando el repunte.

Amparo Larrauri Cámara, responsable del Grupo de vigilancia de influenza y otros virus respiratorios del Centro Nacional de Epidemiología, explicó que no es raro que haya segundas olas de influenza, pero que es infrecuente que las dos estén tan separadas entre sí. La primera, causada sobre todo por la influenza A, llegó a su pico a mediados de diciembre, y la que afecta ahora a España comenzó a crecer a fines de enero.

“La influenza siempre ha sido impredecible, pero es verdad que llevábamos muchísimas temporadas en las que todas las ondas estacionales alcanzaban su máximo entre fines de diciembre y fines de enero, aunque ha habido alguna excepción de influenza tardía que llegó en marzo”, aseguró Larrauri. Por lo demás, en su opinión, más de lo inusual de las fechas, no se trata de nada “especialmente anormal” en cuanto a su virulencia: “No se ven tasas extraordinarias de hospitalización y los indicadores de gravedad no son alarmantes”, justificó.

Este comportamiento estacional se vio completamente alterado con la pandemia de COVID-19. En la temporada 2020-21 prácticamente no circularon patógenos respiratorios distintos del SARS-CoV-2. En la 2021-22 ya se observó una pequeña onda epidémica de influenza en su momento habitual, antes de Navidad, pero en ese momento llegó la variante Omicron que desplazó a los otros virus. Bajó la influenza y solo repuntó cuando Omicron comenzó a ceder. Hubo entonces una nueva ola muy tardía y larga, que se prolongó prácticamente hasta el verano, algo completamente anómalo.

El repunte lo recogen los boletines epidemiológicos, que toman datos de los centros de salud, y está repercutiendo en la venta de fármacos antigripales, que también han experimentado un crecimiento en las últimas semanas. Según datos de la consultora Health Market Research (HMR), en la octava semana del año las farmacias facturaron 23 millones de euros en los remedios que sirven para atenuar los síntomas virales, encuadrados en las categorías de anti-

gripales; analgésicos y antipiréticos; expectorantes, tos y garganta y descongestión nasal. Es prácticamente el doble que en las mismas fechas del año pasado.

En la actual temporada, la influenza comenzó a tener incidencia en otoño, como suele ser habitual. Entonces, fueron las subvariantes de la A las que se abrieron paso. Son más volátiles y mutan más que la B, que preocupa menos a los especialistas en cuanto a su potencial de causar grandes (y graves) epidemias. Vicente Martín Sánchez, de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, explicó que es frecuente que, al tener menos variaciones, normalmente haya más población inmune a esta variedad del virus por contar con defensas.

Esta puede ser una de las razones por las que se esté extendiendo, sobre todo (aunque no solo) en menores de 15 años. Ana Fernández-Sesma, catedrática de microbiología en la Facultad de Medicina Monte Sinaí de New York, explicó que probablemente estén contrayendo la influenza muchos niños que no habían tenido contacto con el virus hasta ahora. “Las restricciones de la pandemia, el uso de barbijo y el distanciamiento físico han detenido a la influenza durante los últimos años. Pero se sabía que volvería”, aseguró.

Fernández-Sesma achacó la ola a esta probable caída de la inmunidad, unido a un descenso generalizado de las temperaturas y, “probablemente, a la retirada del barbijo en el transporte público”. “No será más preocupante que otras temporadas, pero se debe estar pendiente sobre todo de la población vulnerable, que quizás no se ha vacunado tanto como otros años”, añadió. La catedrática vaticinó que, con el tiempo, probablemente el año que viene, volverá la estacionalidad habitual, con unas “cepas más graves que otras”, aunque esto también dependerá de cómo se comporte la COVID-19.

Por el momento, el SARS-CoV-2 sigue sin repuntar de forma importante. Desde la última ola, que alcanzó su pico durante el verano, se ha mantenido en niveles bajos, con pequeñas caídas y ascensos que no han obstaculizado una baja constante de las hospitalizaciones. [Según los últimos datos del Ministerio de Sanidad](#), hay 84 personas con SARS-CoV-2 en cuidados intensivos en toda España, la menor cifra desde que comenzó la pandemia.

El mayor problema que está causando esta ola de influenza, como ya pasaba con las anteriores de COVID-19, lo está viviendo la atención primaria. Isabel Jimeno Sanz, de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), contó que las consultas están notando estos aumentos y pide una herramienta con la que no cuentan en los centros de salud: los [test de diagnóstico de influenza que sí se venden en farmacias](#). “Nosotros hacemos el de COVID-19, que confirma o descarta este virus. Pero, para la influenza, muy a menudo son los pacientes los que llegan con su propio diagnóstico”, señaló.

Los últimos datos del Instituto de Salud Carlos III ya parecían mostrar un inicio de la estabilización en esta onda de influenza. Larrauri cree que es posible que se consolide esta semana, lo que querría decir que el pico está muy cercano. “Pero como la influenza es imprevisible, no podemos decirlo con seguridad”, matizó.

Un grupo de investigadores europeos han descrito una nueva especie de la bacteria legionela, que han bautizado con el nombre de *Legionella maioricensis*. La nueva especie fue aislada por primera vez en Mallorca y es la primera que se descubre en España.

La muestra fue aislada en 2012 en un muestreo rutinario de agua en un hospital de Mallorca. En aquel momento, no se identificó aún como una nueva especie, pero por sus características se intuyó que podría tratarse de una nueva *Legionella*. Con posterioridad, se supo que otro laboratorio de salud ambiental de Chequia había aislado, en otro muestreo rutinario realizado en un supermercado, una cepa de características similares a la aislada en Mallorca.

Retraso por la pandemia

En una primera aproximación basada en la secuenciación parcial de genes marcadores moleculares para *Legionella* y pruebas de laboratorio, ya se entrevió que se trataba de una nueva especie. Estos estudios se presentaron por primera vez en un congreso científico en Atenas, en 2019. La pandemia de COVID-19 interrumpió las investigaciones, hasta que en 2022 la bacteria pudo ser definitivamente caracterizada e identificada como una nueva especie de esta bacteria.

De lo que se conoce, no existe evidencia de que esta nueva especie haya causado infecciones en humanos, aunque, en teoría al menos, podría causarlas.

De hecho, el análisis de genómica comparada realizado en el [estudio](#) puso de manifiesto la presencia de un considerable número de factores de virulencia en el genoma de *Legionella maioricensis*. Además, se detectó información genética que apunta su capacidad para ser resistente a ciertos antibióticos, como las penicilinas, cefalosporinas o monobactámicos.

El descubrimiento de esta nueva especie supone un importante avance en el conocimiento de la diversidad de poblaciones de *Legionella* y contribuye al esfuerzo de la comunidad científica por esclarecer las lagunas que aún existen sobre su potencial patogénico.

El conocimiento sobre la diversidad poblacional de esta bacteria es aún limitado. Quedan muchas preguntas sin respuesta e incertidumbres con respecto a la epidemiología de *Legionella*, la infectividad de la cepa, la dosis infecciosa y la capacidad de los métodos de detección, en parte limitada por el aparente desconocimiento de la biodiversidad del género.

Los investigadores han destacado la importancia de continuar ampliando el conocimiento sobre *Legionella*, un patógeno oportunista de preocupación para la salud.

Se sabe que una de las 65 especies de *Legionella* descritas hasta el momento, *Legionella pneumophila*, es la causante de 90% de los casos de legionelosis, una enfermedad respiratoria relativamente infrecuente que se presenta en forma de neumonía grave y que es potencialmente mortal en 10% de los casos. Además, produce la fiebre de Pontiac, una enfermedad leve seudogripal no neumónica.

La infección se adquiere principalmente por la inhalación de bioaerosoles, finísimas gotículas de agua contaminadas con la bacteria. Las principales fuentes de infección son los sistemas de agua potable, sobre todo el agua caliente sanitaria, las aguas de baño con chorros de agua y aire, y las torres de refrigeración, aunque cualquier sistema que genere aerosoles al exterior (fuentes ornamentales, riego por aspersión, estaciones de lavado de coches, etc.) puede ser una fuente de infección potencial.

En los últimos años se han descubierto especies de *Legionella* ligadas a otros ambientes, como *Legionella antarctica*, aislada en sedimentos de un lago de agua dulce de la Antártida, que es la variante más próxima genéticamente a la de Mallorca.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) publicó un [nuevo informe](#) sobre la situación epidemiológica de la COVID-19 en los países europeos. Los datos recopilados hasta el final de la semana epidemiológica (SE) 8 de 2023 informan que 15 de los 26 países analizados pertenecientes a la Unión Europea (UE) y al Espacio Económico Europeo (EEE) han reportado tasas crecientes de infecciones en los mayores de 65 años.



Una persona mayor recibe una vacuna de refuerzo contra la COVID-19.

El informe asegura que estas tendencias no son nuevas ya que en nueve países se mantienen desde hace tres e incluso cuatro semanas. Indican que en esta actualización un mayor número de naciones han comunicado aumentos en comparación con la SE 7.

El documento expone que durante las últimas cuatro semanas se han observado tendencias crecientes de enfermedades graves y fallecidos por COVID-19 en algunos países. Se han observado incrementos en siete de los 21 países que han aportado datos sobre ingresos hospitalarios y ocupación de camas de unidades de cuidados intensivos (UCI) en cuatro de 25 países que han compartido información sobre fallecidos por COVID-19. “Los valores de estos indicadores se mantienen por debajo de los observados en diciembre de 2022; sin embargo, se han observado incrementos de hasta 50% en algunos países”, recoge el informe.

Los indicadores de la UE/EEE basados en datos combinados de países muestran tendencias crecientes en las tasas de casos de mayores de 65 años, un ligero incremento en la ocupación de camas de UCI y en la tasa de mortalidad por COVID-19, así como una disminución en la cifra de hospitalizaciones. En la SE 8 se notificaron 793 muertes por COVID-19 en los países pertenecientes a la UE/EEE. “Los valores combinados actuales de todos los indicadores siguen siendo bajos en relación con los observados en los 12 meses anteriores”.

La aceptación de los sucesivos refuerzos de las vacunas contra la COVID-19 puede ser la clave que explique el aumento de casos graves entre los mayores de 65 años, grupo poblacional para el que están recomendados. La aceptación acumulada del primer refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 presenta un promedio de 65,4%, aunque con amplias variaciones entre los países, con tasas de cobertura que oscilan entre 11,3 y 87% en los mayores de 18 años. La cifra media se eleva hasta 84,9% (con variaciones entre países que se mueven desde 13,3% hasta 100%) entre los adultos mayores de 60 años. La cifra es de 54,7% (rango entre países de 9,2 a 75,8%) en la población total.

Si se pone el foco en la aceptación acumulada del segundo refuerzo, se observa una media de 17,2% (variación entre países de 0,2 a 41,9%) en los mayores de 18 años, de 35,4% (variación entre países entre 0,4 y 86,6%) en los mayores de 60 años, y de 14,1% (variación entre países de 0,2 a 33,6) en la población total.

La cobertura de vacunación en mayores de 60 años con el tercer refuerzo cae drásticamente a una media de 2,4%. En el caso de la población total es aún menor: 1,7% (2,1% si se consideran únicamente a los mayores de 18 años).

Una de las grandes preocupaciones del ECDC es la disminución de la secuenciación genómica del SARS-CoV-2 como consecuencia de la mejora de la situación epidemiológica. El informe revela que entre los 10 países con un volumen adecuado de secuenciación o genotipado entre las SE 6 y 7 de 2023, la distribución estimada de variantes de preocupación o de interés fue de 33,8% (15,8-46,9%, datos de ocho países) para XBB.1.5; 26,8% (12,9-54,9%, datos de ocho países) para BQ.1; 22,2% (10,4-35,5%, datos de nueve países) para BA.2.75; 7% (4,4-64,4%, datos de 10 países) para XBB; 1,2% (0,2-30,4%, datos de ocho países) para BA.2 y 0,3% (0,1-2,1%, 21 detecciones en seis países) para BA.4.



El Centro de Control de Enfermedades de Nigeria (NCDC) informó el 26 de febrero 59 nuevos casos confirmados de fiebre hemorrágica de Lassa durante la semana epidemiológica 8, con lo que el total para 2023 hasta la fecha es de 636 casos. La cifra de esta semana fue 28% superior a la de la semana previa, que contabilizó 46 casos.

Se informaron 10 nuevas muertes entre los casos confirmados. El número de muertes por fiebre de Lassa en lo que va del año es de 104, con una tasa de letalidad de 16,35%. Esta tasa es inferior a la registrada en el mismo periodo del año 2022, que fue de 18,15%.

Los 59 nuevos casos fueron reportados en los estados de Benue (13 casos), Bauchi (12), Ondo (10), Taraba (10), Edo (5), Ebonyi (3), Jigawa (2), Kano (2), Kogi (1) y el Territorio de la Capital Federal (1).

Se registraron cuatro nuevos casos probables en trabajadores de la salud en la semana epidemiológica 8, en el estado de Bauchi. En lo que va del año, son 32 los trabajadores de la salud que se han visto afectados por la enfermedad, en los estados de Ondo (8 casos), Bauchi (7), Edo (4), Ebonyi (3), Nasarawa (3) y otros (7).

En lo que va de 2023, han registrado casos confirmados 22 estados en 88 Áreas de Gobierno Local. Los estados que más casos han notificado son: Ondo (210 casos; 33,02% del total), Edo (180 casos; 6,36%), Bauchi (60 casos; 9,43%), Taraba (60 casos; 9,43%), Ebonyi (34 casos; 5,34%), Benue (32 casos; 5,03%), Nasarawa (13 casos; 2,04%), Plateau (11 casos; 1,73%), Kogi (9 casos; 1,42%) y Gombe (6 casos; 0,94%).

El grupo etario más afectado es el de 21 a 30 años (rango: de 1 a 93 años; mediana de edad: 31 años). La razón de masculinidad entre los casos confirmados es de 1:0,9.

El número de casos sospechosos aumentó 22,40% respecto de los reportados en igual período de 2022, al pasar de 2.433 a 2.978.

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

Desde la semana epidemiológica (SE) 40 de 2022 hasta la mitad de la SE 9 de 2023, el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD) analizó 4.608 muestras de suero para sarampión, de las cuales 727 (15,8%) fueron confirmados.

En el período considerado se notificaron 721 casos confirmados por laboratorio en ocho provincias declaradas en brote: Limpopo (255 casos), North West (196), Mpumalanga (102), Gauteng (107), Free State (27), KwaZulu-Natal (17), Western Cape (10) y Northern Cape (7).

Desde la SE 8 hasta mediados de la SE 9 de 2023, se detectaron 74 casos de sarampión confirmados por laboratorio en todo el país, de los cuales 72 corresponden a las provincias en brote.

El porcentaje de muestras positivas disminuyó ligeramente de 20% de las 305 muestras analizadas en la SE 7, a 18% de las 274 muestras analizadas en la SE 8.

Actualmente se ha declarado brote de sarampión en todas las provincias de Sudáfrica, excepto en Eastern Cape.

La cepa de sarampión detectada en las provincias de Limpopo y de North West es del genotipo D8, similar a la cepa de Zimbabwe en el brote de 2022.

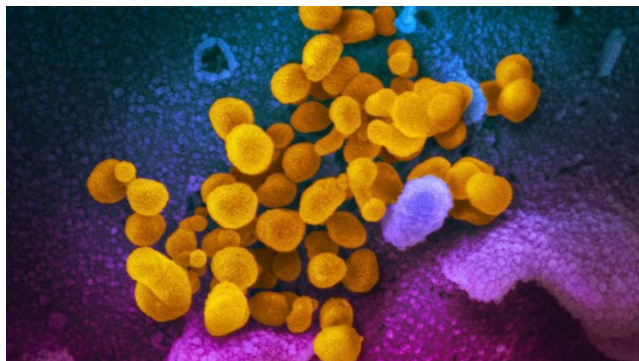
En las provincias donde se ha declarado brote, los grupos etarios más afectados siguen siendo los de 5 a 9 años (42%), con una proporción considerable de casos notificados entre los grupos de 1 a 4 años (25%) y de 10 a 14 años (19%). Por lo tanto, las campañas de vacunación también deben incluir a niños de 10 a 14 años.

La mayoría de los casos (70%) se notificaron en centros de atención primaria de la salud y la mayor proporción de casos notificados en hospitales (56%) se notificó en niños menores de un año.

Se insta a los miembros del público a asegurarse de que sus hijos estén vacunados contra el sarampión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) registró 999.848 casos de COVID-19 a nivel global en la primera semana de marzo, primera vez que se baja la barrera del millón desde junio de 2020, según las estadísticas que el organismo actualiza periódicamente desde el inicio de la pandemia.

La OMS matizó que las cifras subestiman el alcance real de la enfermedad en la actualidad debido a la reducción de los testeos en muchos países y a los retrasos en algunos otros a la hora de informar de la incidencia del virus.



Mensualmente, los casos de COVID-19 reportados del 6 de febrero al 5 de marzo fueron 4,4 millones, un descenso global de 58% con respecto al mes anterior, mientras que las muertes fueron 31.000, un 65% menos.

Los casos aumentaron únicamente en Europa (12% hasta 1,5 millones), mientras que bajaron 31% en América (1,4 millones) y 80% en Asia-Pacífico (1,4 millones), siendo con diferencia las regiones que reportaron más casos (en África, Medio Oriente y Sudeste Asiático no se superaron los 40.000 en total).

América fue sin embargo la región con más fallecimientos en el mes estudiado (15.000, un descenso de 32%), seguida de Europa (9.000, un 39% menos) y Pacífico Occidental (7.200, un 86% menos).

Los países que más casos reportaron el mes pasado fueron Estados Unidos (un millón de contagios), Japón (539.000) y China (454.000).


Prevención...



You Never Know, They are always There

Savlon Surface Disinfectant Spray is an amazingly versatile spray that can be used on all hard surfaces

www.savlon.in



You Never Know, They are always There

Savlon Surface Disinfectant Spray is an amazingly versatile spray that can be used on all hard surfaces

www.savlon.in



You Never Know, They are always There

Savlon Surface Disinfectant Spray is an amazingly versatile spray that can be used on all hard surfaces

www.savlon.in



You Never Know, They are always There

Savlon Surface Disinfectant Spray is an amazingly versatile spray that can be used on all hard surfaces

www.savlon.in

Los gérmenes están en todas partes... Esta campaña titulada 'Siempre nos están esperando', se publicó en India en febrero de 2023. Ilustró cómo los gérmenes están en todas partes y siempre buscan propagar enfermedades con las cosas que los rodean.

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.