

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid

AMÉRICA

- Canadá: Reportaron 185 infecciones por *Cyclospora* no relacionadas con viajes en lo que va del año
- Estados Unidos: Más estados legalizan la venta de leche sin pasteurizar
- Estados Unidos: *Vibrio vulnificus* vinculado con la muerte de tres personas en North Carolina

- México: Se registran 101 casos de rickettsiosis en Chihuahua en lo que va del año

- Panamá: Confirmaron dos casos humanos de encefalitis equina del Este en Darién

EL MUNDO

- Afganistán: Situación epidemiológica de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- Asia: El cambio climático complica el control del VIH

- India: Detectan el virus Nipah en murciélagos de nueve estados y un territorio

- Irak: El país eliminó el tracoma como problema de salud pública

- Mozambique: Lanza una campaña de vacunación para prevenir brotes de sarampión

- Portugal: Aíslan los bebés de un servicio de neonatología de Lisboa por *Klebsiella pneumoniae*

- Rusia: Pacientes infectados con ántrax huyen de un hospital siberiano

- Tanzania: Reportan un caso de infección por poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna

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.

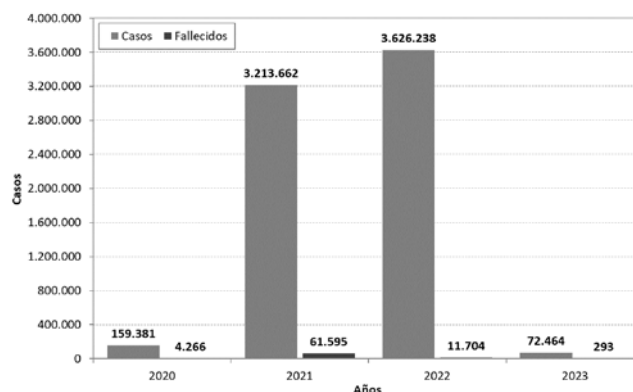
En el año 2023, hasta la semana epidemiológica (SE) 29, los casos acumulados de covid se encuentran muy por debajo de lo registrado para el mismo período de los años 2021 y 2022; lo mismo se observa en los fallecidos. Del mismo modo, los casos confirmados por SE muestran un comportamiento establemente bajo en el año en curso durante las 29 SE del año en curso.

Los casos confirmados durante 2023 descendieron desde comienzos de año. A partir de la SE 7 y hasta la SE 29 oscilan entre 344 casos (en la SE 29) a 939 (en la SE 11) y un promedio de 626 casos semanales.

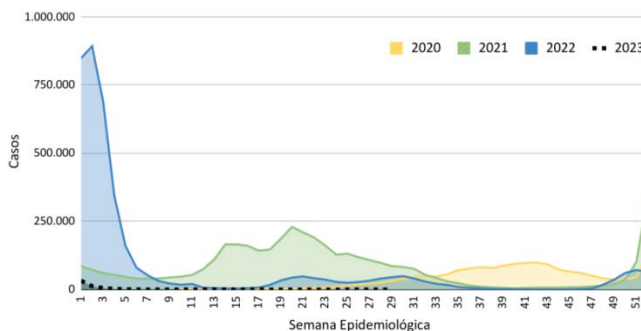
Durante la SE 29 se confirmaron 541 casos de covid; de estos, 344 corresponden a dicha SE, considerando la fecha de inicio de síntomas o la fecha mínima del caso. La variación de casos confirmados, según la fecha mínima del caso, en la SE 29 respecto de la SE 28, implica una disminución de 33,7% (175 casos menos).

Se informaron ocho fallecimientos en la SE 29; de estos, cinco fallecieron en dicha SE.

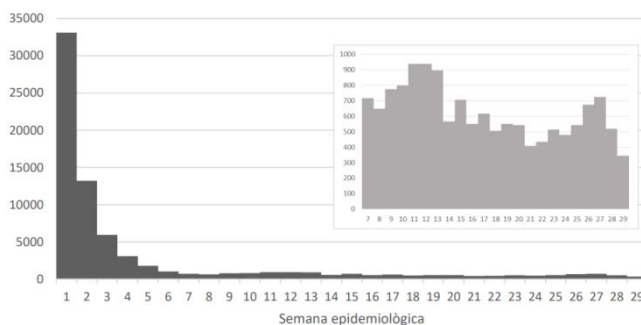
Desde el inicio de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs), se analizaron 29.567 muestras para SARS-CoV-2 mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 continúa presentando valores bajos luego del último ascenso en la SE 51 de 2022, superando en algunas semanas el 10%, con un valor de 13,43% en la SE 29.



Casos y fallecidos acumulados. Argentina. Años 2020/2023, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos según semana epidemiológica. Argentina. Años 2020/2023 (2023 hasta semana epidemiológica 29). Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados. Año 2023, semanas epidemiológicas 1 a 29, y 7 a 29. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En términos acumulados, entre la SE 23 de 2022 y la SE 29 de 2023, se estudiaron 207.108 muestras para SARS-CoV-2 en casos hospitalizados, de las cuales 24.287 fueron positivas (porcentaje de positividad de 11,73%).

Nuevas variantes del SARS-CoV-2

A nivel mundial, entre el 26 de junio y el 23 de julio de 2023, se reportaron a la Iniciativa Global para Compartir los Datos de los Virus Gripales (GISAID) 7.455 secuencias de SARS-CoV-2.


Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está monitoreando dos variantes de interés (VOI) –XBB.1.5 y XBB.1.16–, y siete variantes bajo seguimiento (VUM) y sus linajes descendientes: BA.2.75, CH.1.1, XBB, XBB.1.9.1, XBB.1.9.2, XBB.2.3 y EG.5.

A nivel mundial, XBB.1.5 se ha informado en 118 países. Su prevalencia ha ido disminuyendo desde la SE 23, cuando XBB.1.5 representó 21,6% de las secuencias, en comparación con 11,3% en la SE 27.

Se ha notificado XBB.1.16 en 99 países. Desde la SE 24, XBB.1.16 se ha convertido en la VOI más prevalente, superando la prevalencia de XBB.1.5. XBB.1.16 representó 24,1% de las secuencias en la SE 27, un aumento en relación a su prevalencia de 20,5% observado en la SE 23.

Entre las VUM, EG.5 ha mostrado una tendencia creciente, siendo su prevalencia de 12,8% en la SE 27 en comparación con 4,1% en la SE 23. Otras VUM han mostrado una disminución o tendencias estables durante el mismo período del informe.

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a los linajes de Omicron, a partir de la SE 48 de 2022 comienza a observarse predominancia de las variantes BQ.1* y XBB*, con algunas detecciones de BA.2, BA.4 y BA.5. Entre las SE 15 y 26 de 2023, XBB* se detectó en 163 de 168 muestras analizadas, BQ.1* en 3/168, y BA.4 en 1/168 muestras. (* indica la inclusión de linajes descendientes).

 Public Health Agency of Canada	<p style="text-align: right;">CANADÁ</p> <p>REPORTARON 185 INFECCIONES POR <i>CYCLOSPORA</i> NO RELACIONADAS CON VIAJES EN LO QUE VA DEL AÑO</p> <p style="text-align: right;">18/07/2023</p>
--	---

La Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) informó que investiga 185 casos de infección por *Cyclospora* no relacionadas con viajes hasta el 18 de julio de 2023.

De ese total, 170 casos (92%), se informaron en Ontario, 9 casos (5%) en Quebec y 6 casos (3%) en British Columbia.

El 54% de los casos correspondió al sexo femenino. El rango de edad fue de 1 a 97 años.

Cuatro personas fueron hospitalizadas a causa de la enfermedad.

La PHAC informó que cada primavera y verano, Canadá registra un aumento en las enfermedades causadas por *Cyclospora* no relacionadas con los viajes. Están trabajando con sus socios de salud pública y seguridad alimentaria para identificar posibles formas en que se están produciendo las infecciones en Canadá.

Brotos anteriores de ciclosporiasis se han relacionado con diversos tipos de productos frescos importados, incluidos una ensalada mixta preenvasada, albahaca, cilantro, bayas, lechuga y guisantes y arvejas.

Babe, la cabra, está más a la moda de lo que parece. Vive una vida tranquila en una granja en la ladera de una colina en el sur de Iowa, donde pasta hierba con un pequeño rebaño de cabras. Su dueña, Stacy Wistock, la ordeña dos veces al día.

Wistock toma precauciones para mantener limpia la leche, pero rara vez la pasteuriza. Hasta hace poco, la regalaba a familiares y amigos. Ahora, ella ganará un poco de dinero con eso. Los legisladores de Iowa decidieron

esta primavera unirse a docenas de otros estados para permitir que los pequeños productores vendan leche sin pasteurizar de vaca, cabra y oveja.

Las autoridades de salud pública y los principales grupos de la industria láctea se oponen a la práctica, diciendo que esa leche puede estar contaminada con bacterias peligrosas, como *Escherichia coli*, *Salmonella* y *Listeria*. Pero estado tras estado, esas advertencias se han visto superadas por testimonios de fanáticos de la “leche cruda”, quienes afirman que la leche pasteurizada es más difícil de digerir porque el proceso altera las enzimas y elimina las bacterias útiles.

Los expertos federales dicen que no hay pruebas de que la pasteurización haga que la leche sea menos saludable. Las personas de todos los lados del tema dicen que el creciente interés en la leche cruda se debe en parte a la desconfianza en las autoridades de salud pública, que creció durante la pandemia de covid.

Wistock no está segura acerca de algunas de las declaraciones de propiedades saludables que hacen los fervientes fanáticos de la leche cruda. Pero ella ve el problema como una cuestión de libertad. “No me gustan las leyes restrictivas sobre los alimentos que puedes y no puedes vender a tus vecinos”, dijo.

La nueva ley de Iowa, que entró en vigor el 1 de julio, solo permite ventas directas de pequeños productores a consumidores. La ley es más estricta que las de varios otros estados, que permiten la venta de leche cruda en las tiendas.

La pasteurización, desarrollada en el siglo XIX, consiste en calentar la leche para matar las bacterias. La práctica se generalizó en 1950, ayudando a controlar enfermedades mortales, como la tuberculosis, la fiebre tifoidea y la escarlatina, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

“La mayoría de los profesionales de la salud pública y los proveedores de atención médica consideran que la pasteurización es una de las intervenciones de seguridad alimentaria más efectivas de la salud pública”, dice el sitio de los CDC. Advierte que el consumo de leche sin pasteurizar ha provocado brotes de intoxicación alimentaria, que pueden causar diarrea, vómitos, insuficiencia renal e incluso la muerte.



Wistock ordeña una de sus cabras, Babe.

Iowa: un estudio de caso

Eric Heinen, funcionario de salud ambiental del condado de Black Hawk en el norte de Iowa, se encuentra entre los funcionarios de salud pública que trabajaron durante años para mantener ilegal la venta de leche cruda.

Se sintió desanimado, pero no sorprendido de que la propuesta de Iowa sobre la leche sin pasteurizar se aprobara esta primavera en medio del creciente escepticismo acerca de la ciencia. “Es una atmósfera diferente en la que estamos ahora”, dijo.

Heinen dijo que no tiene inconveniente en que los adultos informados arriesguen su salud al consumir leche cruda. Pero desearía que no se administrara a niños pequeños, que son particularmente susceptibles a las complicaciones.

Ha escuchado a los defensores argumentar que los humanos se las arreglaron bien durante miles de años mientras bebían leche sin pasteurizar y no se vacunaban. “Por otra parte, la esperanza de vida hace 2000 años era mucho menor que la actual”, dijo, y muchos más niños solían morir cuando eran bebés o niños pequeños.

Los legisladores de Iowa rechazaron repetidamente las propuestas para legalizar la leche cruda durante los últimos 17 años. La idea finalmente fue aprobada por la legislatura controlada por los republicanos esta primavera y fue firmada como ley por la gobernadora republicana Kimberly Kay Reynolds.

El principal patrocinador de la cámara estatal, el senador republicano Jason Schultz, señaló durante el debate que, según el proyecto de ley, los tambos de leche cruda no pueden tener más de 10 animales para ordeñar. Los productores deben analizar a los animales mensualmente para detectar bacterias. La leche sin pasteurizar debe venderse directamente de los productores a los consumidores. No se puede ofrecer en tiendas, restaurantes o mercados de agricultores. Los contenedores deben incluir etiquetas que indiquen que la leche no está pasteurizada y no ha sido inspeccionada por el gobierno.

“Al limitar el tamaño de la granja y los métodos de distribución, este proyecto de ley satisfará la demanda del nicho de mercado y requerirá fuertes conexiones locales entre consumidores y productores”, dijo Schultz durante el debate en la sala.

El proyecto de ley fue criticado anteriormente en la [Cámara de Representantes de Iowa](#) por la representante Megan Srinivas, demócrata e infectóloga. Srinivas relató haber tratado a niños que estaban gravemente enfermos por los gérmenes en la leche sin pasteurizar.

“La leche cruda aumenta las posibilidades de infección 150 veces”, dijo Srinivas a sus colegas. Las personas infectadas pueden transmitir gérmenes, como el virus de la hepatitis A, *Shigella* y *E. coli*, al manipular los alimentos de otras personas, dijo. “Estos brotes tienen implicaciones para la salud pública que no podemos ignorar”.

Un grupo nacional, la [Weston A. Price Foundation](#), asesora a los activistas que presionan por la legalización de la leche cruda en los parlamentos de todo el país.

La presidenta de la fundación, Sally Fallon Morell, dijo que cuando su grupo lanzó su sitio web en 1999, 27 estados permitían cualquier venta de leche cruda. Solo unos pocos estados todavía lo prohíben por completo, dijo.



Fallon Morell vive en la zona rural de Maryland, donde cría vacas Jersey y cumple con las normas de su estado al vender leche cruda con etiquetas que dicen que es para mascotas. “No hay ninguna ley que prohíba comer alimentos para mascotas”, dijo.

Ella sostiene que la clase dirigente de la salud pública apoya un “sistema industrial” de agricultura, y cuestiona los informes oficiales de que la leche cruda está relacionada con brotes de intoxicación alimentaria.

De consumidora curiosa a crítica acérrima

Una opositora de la leche sin pasteurizar reconoció que el otro lado está ganando en todo el país. “La salud pública ha perdido la guerra contra la leche cruda”, dijo Mary McGonigle-Martin, miembro de la junta de un grupo nacional de seguridad alimentaria llamado Stop Foodborne Illness.

McGonigle-Martin, que vive en California, testificó cuatro veces durante varios años contra las propuestas de legalización en la Legislatura de Iowa. Ella contó cómo su hijo, Chris, enfermó gravemente después de consumir leche cruda contaminada con *E. coli* en 2006.

Dijo en una entrevista reciente que compró la leche en una tienda naturista porque esperaba que una dieta natural ayudara a su hijo, que tenía un trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Pero Chris, que tenía 7 años, enfermó gravemente menos de tres semanas después de comenzar a beberla.

Pasó dos meses en el hospital y los médicos tuvieron que ponerlo en un ventilador y con diálisis renal mientras su cuerpo combatía las toxinas producidas por la bacteria.

McGonigle-Martin quiere que los estados que permiten la venta de leche cruda requieran pruebas y capacitación para reducir el peligro. Los legisladores de Iowa agregaron algunas precauciones antes de que se aprobara su proyecto de ley, dijo, pero no incluyeron disposiciones estrictas para hacer cumplir la ley.

Ella está a favor del límite de 10 animales de la ley de Iowa para los productores de leche cruda, pero le preocupa que la disposición pueda alentar a los aficionados no capacitados a entrar en el negocio. “Producir leche cruda no es como cultivar vegetales en tu patio trasero y venderlos”, dijo.

La distribución de leche cruda no es totalmente nueva en Iowa. Antes de que la ley entrara en vigor, varios productores de Iowa publicaron en línea que la ofrecían a través de “rebaños compartidos”. Bajo tales arreglos, los clientes compran una parte de un rebaño y luego reciben una parte de su leche del granjero. Los defensores sostienen que es legal porque las personas pueden beber leche cruda de sus propios animales.

Varios estados tienen leyes que permiten o prohíben explícitamente la distribución de leche cruda de rebaños compartidos. Iowa no tiene tal ley, aunque un portavoz del Departamento de Agricultura y Administración de Tierras de Iowa dijo que la agencia ha considerado tales acuerdos como ventas no permitidas del producto.

Los estados tienen leyes muy diversas sobre la leche cruda, dijo Alexia Kulwicz, abogada de Wisconsin y directora ejecutiva del Fondo de Defensa Legal de la Granja al Consumidor, que aboga por la legalización. Algunas leyes estatales contienen lenguaje que parece permitir una distribución limitada, pero aun así la hacen casi imposible, dijo. Florida, Hawai'i, Maryland, New Jersey, Nevada y Wisconsin tienen algunos de los mayores obstáculos, dijo Kulwicz.

Antes de que Iowa permitiera la venta de leche cruda, algunos consumidores cargaban hieleras en sus autos y viajaban a los estados vecinos para comprarla. Supriya Jha, una ingeniera de software de la ciudad de Runnells, en el centro de Iowa, se encuentra entre ellos.

Jha ha conducido mensualmente a Missouri para comprar leche de vaca sin pasteurizar para su hija pequeña. El viaje de ida y vuelta es de casi 320 kilómetros. Ella planea comprar leche de cabra de la granja de Iowa de Wistock ahora que es legal.

Jha cree que la leche cruda producida adecuadamente es saludable y más fácil de digerir para los niños que la leche pasteurizada. Dijo que investiga cómo operan los productores de leche cruda antes de comprarles. Planea probar un poco de la leche de cabra de Wistock para ver cómo reacciona su cuerpo antes de dársela a su hija.

Jha creció en India, donde, dijo, los fabricantes son menos agresivos a la hora de vender alimentos altamente procesados. “Quería criar a mi bebé con las viejas costumbres”, dijo. También se muestra escéptica sobre muchas vacunas que la mayoría de los médicos y líderes de salud pública recomiendan para los niños. “No confío en la clase dirigente médica”, dijo, y agregó que cree que el sistema promueve productos y tratamientos rentables. “Es una estafa”.

De vuelta en la granja de Wistock, Babe pronto se unirá a algunas cabras más que están listas para ser ordeñadas. Wistock, que trabaja en una oficina remota a tiempo completo, cree que puede obtener una pequeña ganancia adicional ordeñando cuatro cabras y vendiendo la leche a 3,20 dólares por litro.

Wistock ya realiza análisis bacterianos a la leche para uso propio, por lo que no será un gran ajuste seguir las nuevas reglas de análisis del estado. Ha construido una pequeña sala de ordeño en un remolque, completa con un piso de vinilo que es fácil de fregar. Antes de ordeñar, limpia los pezones de la cabra con un spray antiséptico y toallas de papel. Sus recipientes se lavan en un lavavajillas y luego se desinfectan en una cámara de luz ultravioleta. Recoge la leche en una jarra de acero inoxidable y la cuela a través de un filtro en frascos de vidrio.

Después de la recolección, usa su congelador para enfriar la leche a 4°C y luego la coloca en el refrigerador. A veces pasteuriza la leche de cabra antes de convertirla en queso, “solo para estar segura”.

Wistock confía en que la leche cruda que venderá está limpia, pero sabe que cualquier producto alimenticio puede conllevar riesgos. No está segura de si se lo daría de comer a niños pequeños o personas con sistemas inmunológicos débiles. Pero ella no preguntará qué planean hacer sus clientes con él. “No le voy a decir a otras personas qué beber”, dijo.



NC DEPARTMENT OF
HEALTH AND
HUMAN SERVICES

ESTADOS UNIDOS

VIBRIO VULNIFICUS VINCULADO CON LA MUERTE DE
TRES PERSONAS EN NORTH CAROLINA

28/07/2023

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de North Carolina instó a los habitantes del estado a ser conscientes del potencial riesgo de exponer heridas o cortes abiertos al agua salada o salobre tras los informes de tres muertes debido a infecciones por *Vibrio vulnificus* en residentes de North Carolina.

V. vulnificus es una bacteria que normalmente vive en agua de mar tibia o agua salobre, y se puede encontrar en todo el mundo. Dado que viven naturalmente en aguas cálidas, las personas con heridas abiertas, cortes o arañazos pueden estar expuestas a estas bacterias a través del contacto directo con agua de mar o agua salobre. *V. vulnificus* también puede causar enfermedad en aquellas personas que consumen ostras y mariscos crudos o poco cocidos.



Los casos de infección por *V. vulnificus* en North Carolina son raros, y la mayoría de los casos se notifican en los meses más cálidos, de junio a septiembre. Sin embargo, estas infecciones pueden causar enfermedades graves. Desde 2019, ocho de los 47 casos reportados entre residentes de North Carolina han sido fatales. Las tres muertes más recientes ocurrieron en julio de 2023. Dos de estos tres casos presentaban rasguños que estuvieron expuestos a aguas salobres en North Carolina y el otro caso en un estado de la Costa Este. Un caso tuvo exposición a aguas salobres en North Carolina y también consumió mariscos que el mismo pescó, los que no fueron compartidos ni distribuidos comercialmente. No se han identificado vínculos entre los casos o las zonas donde probablemente estuvieron expuestos a *V. vulnificus*, y las investigaciones de salud pública están en curso. No se compartirá ninguna otra información sobre los difuntos en este momento debido a privacidad.

Las personas sanas suelen desarrollar una enfermedad leve, pero la infección por *V. vulnificus* puede ser grave o poner en peligro la vida de las personas con sistemas inmunitarios debilitados o con enfermedad hepática crónica. Si una persona presenta signos de una infección de la piel después del contacto con aguas salobres o agua de mar, debe comunicarse con su proveedor de atención médica. Otros síntomas pueden incluir diarrea, dolor de estómago, vómitos, náuseas, fiebre y escalofríos.

Estas recomendaciones ayudarán a reducir la probabilidad de exposición e infección:

- Las personas con heridas (incluso cirugías recientes, piercings o tatuajes), deben mantenerse alejados del agua salada o salobre, si es posible. Esto incluye vadear en la playa.
- Cualquier herida debe ser cubierta con un vendaje impermeable si existe la posibilidad de entrar en contacto con agua salada, agua salobre o mariscos crudos o poco cocidos.
- Si se sufre cualquier tipo de herida mientras se está en agua salada o salobre (como al cortarse la mano en la hélice de un barco o con un caparazón de cangrejo), se debe salir inmediatamente del agua y lavarse con agua y jabón.

- Se deben lavar bien las heridas y cortes con agua y jabón después del contacto con agua salada, agua salobre o mariscos crudos.
- Todos los mariscos deben cocinarse a una temperatura interna de al menos 63°C durante 15 segundos, según el Ministerio de Agricultura de Estados Unidos.

Los informes de infecciones por *V. vulnificus* asociados con el contacto con agua salobre han aumentado en las últimas décadas, y la gama geográfica de aguas asociadas con la infección se está extendiendo hacia el norte a lo largo de la costa este de Estados Unidos debido al aumento de la temperatura de las aguas. A medida que el cambio climático aumenta la temperatura de las aguas, se pueden esperar más casos de infección por *V. vulnificus*, y es probable que se identifiquen en áreas previamente no afectadas.

Vibrio vulnificus es una bacteria halófila, gram negativa, que puede causar una alta mortalidad, llegando hasta 50% de los casos. Sus principales presentaciones clínicas se circunscriben en infecciones de heridas, septicemia y gastroenteritis. Dentro de los vibrios más importantes que generan infección en los humanos se encuentra *Vibrio cholerae*, *V. parahaemolyticus* y *V. vulnificus*. También se han reportado otras especies, como *V. fluvialis* y *V. mimicus*. *V. vulnificus* es el patógeno más mortal transmitido por alimentos en Estados Unidos, y posiblemente en el mundo. Representa 95% de todas las muertes relacionadas con mariscos en Estados Unidos. Se encuentra naturalmente en aguas estuarinas de todo el mundo, y sus principales hospedadores son las ostras crudas, almejas, mariscos (crudos o poco cocidos); los primeros representan 93% de los casos.

Las infecciones por *V. vulnificus* se presentan más en hombres que en mujeres (86% vs 14%), al parecer por factores de riesgo, como cirrosis hepática y práctica de deportes acuáticos. Hasta ahora se ha relacionado condiciones como diabetes mellitus, cirrosis hepática, hemocromatosis, enfermedad renal crónica e inmunosupresión como factores de riesgo para presentar septicemia e infección de tejidos blandos. Se requiere un alto índice de sospecha y una historia clínica completa (incluyendo dieta y pasatiempos de los pacientes) para enfrentar a pacientes con sepsis, puesto que el enfoque terapéutico con adición de doxiciclina, cefalosporinas o quinolonas puede disminuir la mortalidad en septicemia por *V. vulnificus*, la cual puede ser de 50% en las primeras 24 a 48 horas.

La virulencia de *V. vulnificus* depende básicamente de tres factores: su capsula de polisacárido que permite evitar la fagocitosis por parte del sistema inmune, la producción de toxina RtxA1 formadora de poros y la concentración corporal de hierro. El crecimiento del organismo en suero humano se relaciona directamente con el porcentaje de saturación de transferrina, llegando a su pico máximo con niveles de saturación mayores a 70%. Teniendo en cuenta la severidad de la infección por este germen, la supervivencia dependerá de la sospecha clínica inicial y del pronto inicio del tratamiento dirigido en los pacientes con alto riesgo de infección.

Dentro de los factores de riesgo asociados a mortalidad por infección por *V. vulnificus*, los que se han descrito como principales son: la cirrosis hepática alcohólica, la hepatitis viral crónica, el alcoholismo, la hemocromatosis, la diabetes mellitus, las talasemias mayores, la enfermedad renal crónica, el uso de inhibidores del factor de necrosis tumoral y las neoplasias sanguíneas como los linfomas.

El subdirector de Epidemiología del estado de Chihuahua, Gumaro Barrios Gallegos informó que en lo que va del año, hasta la tercera semana de julio, se ha registrado un total de 101 casos confirmados y 31 defunciones de rickettsiosis.

El grupo etario más afectado es el de 5 a 14 años, con 40 registros.

Los casos confirmados corresponden a los municipios de Chihuahua (45 casos), Juárez (38), Aquiles Serdán (7), Ascensión (3), Nuevo Casas Grandes (3), Aldama (1), Bocoyna (1), Delicias (1), Julimes (1) y Ojinaga (1).

Las defunciones se han presentado en todos los grupos de edad, con mayor incidencia en el de 5 a 14 años (8 muertes); los grupos de 15 a 24 años y de 45 a 64 años, suman siete eventos cada uno.

Las defunciones se han reportado en los municipios de Juárez (17), Chihuahua (8), Aquiles Serdán (4) y Ascensión (2).

La Secretaría de Salud de Chihuahua, exhortó a la ciudadanía a reforzar las medidas de prevención ante el padecimiento de la rickettsiosis, como es la limpieza del hogar, patios y jardines, los cuidados pertinentes en las mascotas, así como la higiene personal en los integrantes de la familia.

Barrios Gallegos señaló que esta enfermedad es provocada por la picadura de garrapatas y que es importante identificar los síntomas que se presentan en las personas: fiebre repentina, dolor de cabeza y garganta, vómitos, diarrea y dolor abdominal; conforme transcurren los días, se presentan manchas en las extremidades y de agravarse puede dañar algunos órganos, lo que complica el estado de salud de quien la padece y puede derivar en una defunción en caso de no acudir al médico de forma oportuna.

Indicó que no se debe minimizar la presencia de estos síntomas y sospechar de rickettsiosis en caso de detectar garrapatas en las mascotas o cuando algún miembro de la familia sufra una picadura.

En caso de antecedente de una picadura de garrapata y manifestar algún síntoma asociado, es importante acudir inmediatamente a la unidad de salud más cercana, para realizar el diagnóstico adecuado e iniciar el tratamiento de manera oportuna.



El Ministerio de Salud de Panamá intensificó la vigilancia y control de febriles en Darién, tras la confirmación de dos casos de encefalitis equina del Este.

Héctor Gonzalo Cedeño, médico veterinario epidemiólogo de la entidad sanitaria, informó que actualmente hay un equipo del Ministerio de Salud en la zona en busca de casos febriles o caso sospechosos de la enfermedad, reforzado con grupos de control de vectores y de saneamiento básico, que incluye la limpieza de domicilios en el área donde fue detectada la circulación del virus.

Se atendieron en Yaviza, Darién, dos pacientes procedentes del Naranjal, Río Chico, y Cémaco.

“Los familiares de los pacientes resultaron negativos para el virus, pero toda persona que presente cuadros febriles debe buscar asistencia médica y no automedicarse”, puntualizó Cedeño.

Según el Reporte Epidemiológico del Ministerio de Salud, en 2019 se registraron cuatro casos de encefalitis equina del Este, dos casos de encefalitis equina venezolana, y dos presentaron infección mixta de encefalitis equina del Este y encefalitis equina venezolana. Entre 2020 y 2022 no se reportaron casos.

“Es importante señalar que las personas atendidas están fuera de peligro y no presentaron síntomas neurológicos”, especificó Cedeño.

El virus de la encefalitis equina del Este (EEE) pertenece al género *Alphavirus* de la familia *Togaviridae*. Las infecciones alternadas entre aves, roedores y mosquitos mantienen a este virus en el medio natural. La enfermedad aparece de forma esporádica en los seres humanos y en los caballos desde la mitad del verano hasta finales del otoño. La infección en los caballos es a menudo fatal. El virus de la EEE provoca enfermedad en aves de corral, aves de caza y ratites. Se ha informado de casos esporádicos de EEE en vacas, ovejas, cerdos, ciervos y perros. Las cepas de EEE de Norteamérica, Jamaica y República Dominicana, son diferentes a las de Sudamérica, Panamá y Trinidad, aunque dichas cepas se están encontrando en ese territorio; las cepas existentes fuera del continente americano son similares a las de Estados Unidos.

La EEE es de curso corto y altamente mortal. Presenta un curso febril bifásico: a las 18-24 horas post infección se inicia la fiebre que dura un día, a los 4-6 días post infección se da el segundo período febril que dura de 1 a 4 días; en este período aparecen los síntomas neurológicos.

Los équidos (caballos, burros y cebras) son una fuente primaria de cepas de virus epizooticos durante un brote. Los vectores hematófagos se infectan con altos títulos de virus de caballos infectados. Las cepas enzoóticas/endémicas permanecen en los ecosistemas tropicales en un ciclo entre roedores y mosquitos; y para algunos subtipos, aves también.

En los países tropicales de las Américas los principales vectores reconocidos para la EEE son *Culex nigripalpus*, *Cx. taeniopus*, *Ochlerotatus taeniorhynchus*, *Aedes vexans* y *Oc. sollicitans*. Al este de Estados Unidos, el virus de la EEE circula de forma permanente entre aves silvestres (Passeriformes) y en mosquitos ornitofílicos (*Culiseta melanura*, *Cx. morsitans*) de pantanos y ciénagas de agua dulce. Estos vectores no son frecuentes en áreas que presentan concentración de équidos, pero cuando entran en contacto con dichas poblaciones les transmiten el virus; rara vez se alimentan de los humanos.

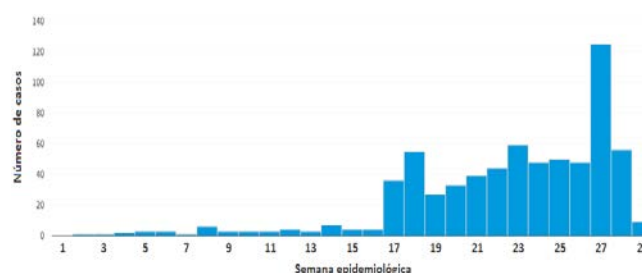


AFGANISTÁN

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA FIEBRE HEMORRÁGICA DE CRIMEA-CONGO

26/07/2023

Durante la semana epidemiológica (SE) 29 de 2023, se notificaron nueve casos nuevos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC); dos de los casos fueron confirmados mediante reacción en cadena de la polimerasa; no se reportaron nuevas muertes.



Desde principios de 2023, se notificaron 677 casos sospechosos de FHCC, con 67 muertes asociadas (tasa de letalidad de 9,9%). Las muertes asociadas se informaron en 18 provincias, pero más de la mitad fueron reportadas en dos provincias; Kabul (25 muertes; 37,3%) y Balkh (14 muertes; 20,9%).

Casos notificados de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. Afganistán. Año 2023, hasta semana epidemiológica 29. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Sólo uno del total de 677 casos era menor de 5 años, y 199 (29,4%) eran del sexo femenino.

La principal carga de casos en los últimos 2 meses proviene de las regiones Central (Kabul), Norte (Balkh) y Oeste (Herat).

En total, se analizaron 650 muestras de casos sospechosos de FHCC desde principios de 2023, de las cuales 225 muestras resultaron positivas (34,6% de positividad).

Situación epidemiológica entre 2017 y 2022

La FHCC es endémica en Afganistán; entre 2017 y 2022, se reportaron 1.971 casos sospechosos y 207 muertes.

Las mujeres representaron 25,9% de los casos (510), y 97,5% (1.922) eran mayores de cinco años.

Los grupos ocupacionales informados con mayor frecuencia fueron los que se ocupan de los animales (carniceros, granjeros, pastores y traficantes de animales) que representa 37,7% de los casos (743) seguido por las amas de casa (23,2%; 457 casos).

El número de casos notificados durante 2023 es mayor que:

- el promedio de casos notificados antes de la pandemia de covid (2017-2019);
- el promedio de casos notificados después de la pandemia de covid (2020-2022);
- el promedio de casos notificados en los últimos seis años (2017-2022).

El mayor número semanal de casos durante los últimos seis años se registró en 2019 (SE 35, 92 casos sospechosos), el que fue superado en la SE 27 de 2023 (125 casos sospechosos).

Posibles razones del aumento

- Un aumento real en el número de casos, que podría atribuirse a alteraciones ambientales y ecológicas que afectan la reproducción de los vectores, y los desplazamientos a través de países vecinos.
- Fortalecimiento de la información debido a mejoras introducidas en la vigilancia y la respuesta nacional a la enfermedad:
 - Intensificación de las actividades de vigilancia.
 - Utilización de mecanismos adicionales de notificación de datos que no se hayan utilizado en los años anteriores; los datos de 2023 recopilan información de vigilancia basada en indicadores (sitios centinela) además de alertas de brotes notificados desde otras fuentes (que no son sitios centinela).
 - Ampliación de los sitios centinela de 519 a 613 desde noviembre de 2022.
 - Despliegue de 130 equipos de apoyo a la vigilancia en las 34 provincias que participan en los hallazgos activos de casos en el campo.
 - Declaración del fin de la pandemia mundial del covid.
 - Fortalecimiento de las capacidades de diagnóstico de laboratorio:
 - A partir de 2023, las capacidades de prueba de FHCC se han ampliado para llevarse a cabo en 6 laboratorios.
 - Se experimentaron dos brotes de FHCC nosocomial en dos regiones: Sur y Norte:
 - El primer brote nosocomial en la Región Sur se reportó a fines de abril de 2023 e incluyó un caso índice y 48 casos secundarios adicionales.
 - El segundo brote nosocomial se notificó en la Región Norte el 12 de mayo de 2023. Entre el 12 y el 30 de mayo de 2023, se notificó un total de nueve casos sospechosos en las provincias de Jawzjan y Balkh.

Los fenómenos meteorológicos extremos provocados por el cambio climático, el aumento del nivel del mar, los cambios de temperatura y la contaminación del aire y del agua están afectando el control del VIH en la región de Asia Pacífico, según una declaración realizada en una reunión científica.



La advertencia se produce en medio de olas de calor sin precedentes, y la [advertencia de la Organización de Naciones Unidas](#) acerca de que el mundo ya se ha calentado 1,1°C desde la época preindustrial.

Los más afectados por el cambio climático son también los más propensos a las enfermedades transmisibles. El cambio climático y los desastres relacionados, como factores previos, pueden afectar todos los aspectos del VIH, lo que conduce principalmente a una mayor vulnerabilidad al VIH y a una disminución de la capacidad de afrontamiento.

Si bien la tendencia general de las infecciones por el VIH ha disminuido, en algunos países, como Filipinas, están aumentando las nuevas infecciones. De 2001 a 2021, la cantidad de nuevas infecciones por el VIH en Filipinas se triplicó con creces.

Es importante tener en cuenta que Filipinas no solo es un punto crítico para el VIH y el sida, sino que también es un punto crítico para el clima.

El cambio climático afecta la salud humana de muchas maneras diferentes. Un [estudio](#) de 2022 analizaba las conexiones entre el cambio climático y el VIH/sida.

Los fenómenos meteorológicos extremos afectan la seguridad alimentaria y provocan migraciones o desplazamientos forzados de poblaciones y también provocan la interrupción de los servicios de salud.

Estos tres aspectos –alimentación, movilidad y servicios de salud– pueden generar impactos indirectos, por ejemplo, en las personas que viven con el VIH/sida, lo que eventualmente puede afectar sus resultados generales.

Todavía no hay evidencia que demuestre que el VIH en sí mismo es una enfermedad infecciosa sensible al clima, pero hay muchas otras enfermedades infecciosas sensibles al clima, como la malaria, la fiebre zika, la fiebre chikungunya, que pueden interactuar con el VIH/sida.

Infecciones fúngicas

El aumento de las temperaturas y otros efectos climáticos también están generando un riesgo de aumento de algunas enfermedades fúngicas invasivas.

Las infecciones fúngicas son una de las principales causas de enfermedad, hospitalización y muerte en personas que viven con la enfermedad avanzada del VIH.

Existe la necesidad de un enfoque mundial que ayude a comprender los efectos del calentamiento global en la propagación de especies que pueden servir como huéspedes intermedios, en particular murciélagos y aves, para los hongos patógenos humanos.

La talaromicosis es la principal causa de muertes asociadas con el VIH en China, Tailandia y Vietnam. Los incidentes aumentan hasta en 73% en los meses de lluvia en esos países y las hospitalizaciones también están fuertemente asociadas con la humedad.

Si bien la investigación sobre el VIH se ha centrado principalmente en la prevención, el tratamiento, la reducción del estigma y el desarrollo de vacunas, los expertos destacan la necesidad de invertir en investigación para explorar la relación directa entre el cambio climático y el VIH.

La rápida urbanización proyectada para las regiones de Asia Pacífico y África Subsahariana creará nuevas megaciudades y albergará a un gran número de personas de poblaciones vulnerables. Esta urbanización puede conducir a mayores desigualdades, que afectan más a los hogares de bajos ingresos, y la inseguridad alimentaria está relacionada con el VIH, lo que conduce al consumo de sustancias y a la mala salud mental. La migración rural a urbana también contribuye a los cambios y la expansión de las redes sexuales, lo que lleva a un aumento en la transmisión.

Una encuesta nacional en curso realizada por el Instituto Nacional de Virología del Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR-NIV), con sede en Pune, encontró evidencia de la circulación del virus Nipah en la población de murciélagos en nueve estados y un Territorio de la Unión.

“Hasta ahora, la encuesta se ha completado en 14 estados y dos territorios de la Unión.

Se ha detectado la presencia de anticuerpos para el virus Nipah en murciélagos en los estados de Assam, Bihar, Goa, Karnataka, Kerala, Maharashtra, Meghalaya, Tamil Nadu y West Bengal, y el Territorio de la Unión de Pondicherry”, dijo el Dr. Pragya Yadav, científico del Laboratorio de Máxima Contención, en el ICMR-NIV. Además de los lugares donde se encontró el virus Nipah, los otros lugares donde se realizó la encuesta son Gujarat, Himachal Pradesh, Odisha, Punjab, Telangana y el Territorio de la Unión de Chandigarh.

El virus Nipah causa una infección respiratoria y encefálica altamente fatal en humanos. Los murciélagos frugívoros del género *Pteropus*, comúnmente llamados zorros voladores, son los portadores conocidos del virus. Es uno de los patógenos prioritarios con potencial pandémico; su letalidad y su emergencia repentina en 2018-19 en Kerala justifican la necesidad de una vigilancia constante.

En el pasado, el ICMR-NIV identificó la presencia del virus Nipah en murciélagos frugívoros en el distrito Dhubri de Assam; Área de Myanaguri y Cooch Behar de West Bengal y en el distrito de Kozhikode en Kerala. Los científicos están realizando una encuesta a nivel nacional para conocer la prevalencia del virus en diferentes partes del país. La Dra. Sheela Godbole, directora a cargo de ICMR-NIV, dijo que no había información sobre el estado de la prevalencia del virus entre los murciélagos *Pteropus* en el resto del país y, por lo tanto, se tomó la decisión de realizar una encuesta a nivel nacional.

La presencia de anticuerpos indica evidencia de la circulación del virus en el pasado en la población de murciélagos y, según el Dr. Yadav, el estudio ayudará a identificar áreas con riesgo de propagación. “Esto ayudará a tomar las medidas de prevención necesarias para prevenir futuros brotes en el país”, agregó.

India notificó su primer brote en Siliguri, West Bengal, entre enero y febrero de 2001, con 45 muertes entre 66 casos. Los infectados exhibieron síntomas como fiebre, dolor de cabeza, mialgia, vómitos, alteración del sensorio, dificultad respiratoria aguda y convulsiones. India carecía entonces de instalaciones de contención para manejar patógenos de alto riesgo y pruebas de diagnóstico para detectar el brote. Requirió el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos para el diagnóstico, y pudo confirmar el brote en 2006.



Con el establecimiento de la instalación BSL-3 en ICMR-NIV Pune en 2005, India pudo detectar rápidamente el segundo brote de infecciones por el virus Nipah en el distrito de Nadia, en West Bengal, en abril de 2007.

En mayo de 2018, el tercer brote del virus Nipah se cobró 16 vidas entre los 18 casos confirmados notificados en el distrito Kozhikode de Kerala. Este fue el primer brote del virus Nipah en el sur de India.



Un resultado rápido, después de la experiencia de Kerala, fue el desarrollo de una prueba en el punto de atención para el virus Nipah, la primera de su tipo en el mundo, por parte de la Dra. Yadav y su equipo.

Con el aislamiento del virus Nipah, se desarrollaron pruebas IgM e IgG ELISA para humanos y el ensayo de detección de IgG para murciélagos y cerdos, que se utilizaron para la vigilancia del virus. Se encontró que la seroprevalencia entre los contactos cercanos durante el brote de 2018 era muy baja. Solo tres contactos de 239 mostraron positividad para IgM e IgG. En junio de 2019, hubo un cuarto brote en el distrito de Ernakulam de Kerala, con solo un caso positivo, que presentó fiebre y síntomas compatibles con una encefalitis. El paciente sobrevivió con cuidados de apoyo. Ninguno de los contactos cercanos mostró seropositividad durante el brote de 2019.

El último brote del virus Nipah se informó en agosto-septiembre de 2021 en Kozhikode, y una persona sucumbió a la enfermedad.

“En los tres brotes, los murciélagos *Pteropus medius* dieron positivo, ya sea en tiempo real o ELISA, cerca de la casa del caso índice, lo que apunta a que la fuente probable de infección y transmisión son los murciélagos. Sorprendentemente, en 2018, la enfermedad se informó desde un área geográficamente distante, en Kerala, donde el brote fue altamente fatal. La investigación del brote en el área afectada identificó la presencia del virus Nipah en murciélagos frugívoros”, recordó el Dr. Yadav.

Encontrar murciélagos infectados con el virus Nipah en varios estados de India no es sorprendente. El informe no indica la especie de murciélago positivo para el virus Nipah. Sin embargo, la imagen muestra a personas, presumiblemente los investigadores, con vestimenta protectora que sostienen un murciélago *Pteropus*, probablemente un zorro volador indio (*Pteropus medius*), el huésped natural del virus. Este murciélago está ampliamente distribuido en India, incluido el estado de Kerala, donde se han producido casos humanos de infección por el virus Nipah, lo que genera cuestiones acerca de la incidencia del virus en las poblaciones de este murciélago y el riesgo que representa para las personas en las áreas donde se encuentran estos quiropteros. El riesgo de transmisión del virus a las personas depende del consumo de frutas y savia de palma cruda que los murciélagos han contaminado con el virus.

La incidencia del virus Nipah en estos murciélagos es probablemente dinámica y varía con el tiempo. Un estudio sobre la dinámica del virus concluyó que cuando una proporción lo suficientemente grande de murciélagos es inmune al virus, hay poca transmisión, pero cuando esta fracción cae por debajo de un umbral, toda la colonia se vuelve susceptible con una transmisión significativa posterior del virus en toda la colonia. Esto prepara el escenario para la transmisión a humanos cuando las personas consumen fruta o savia de palma contaminada con el virus por murciélagos infectados. Entonces puede producirse la transmisión de persona a persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) felicitó a Irak por haber eliminado el tracoma como problema de salud pública, convirtiéndolo en el quinto país de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS en lograr este hito.

“El éxito del programa nacional de tracoma de Irak demuestra lo que se puede lograr con el liderazgo y la colaboración nacionales”, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Liberarse del tracoma tendrá un impacto positivo en la vida de las poblaciones más vulnerables ahora y en el futuro”.



Irak estableció su programa nacional de tracoma en 2012 para coordinar el impulso nacional final contra la enfermedad. Se desarrolló un sistema de vigilancia de tracoma para detectar y manejar casos dentro de los centros de atención oftalmológica secundarios y terciarios, así como a través de programas de preinscripción escolar y exámenes de la vista escolares realizados en colaboración con el Ministerio de Educación. Miles de refraccionistas, optometristas, oftalmólogos, cirujanos oculares especialistas y otro personal de atención médica capacitado contribuyeron a estos esfuerzos.

Después de la eliminación, Irak y la OMS continuarán monitoreando de cerca las áreas previamente endémicas para detectar y, si es necesario, combatir cualquier resurgimiento de la enfermedad.

“La OMS validó que Irak eliminó el tracoma como problema de salud pública, lo que lo convierte en el octavo país de la Región del Mediterráneo Oriental que ha eliminado al menos una enfermedad tropical desatendida”, dijo el Dr. Ahmed Al-Mandhari, Director Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental. “Este es un logro notable e ilustra que, con dedicación, los países pueden lograr el éxito en la eliminación de enfermedades, incluso en circunstancias difíciles. El éxito de Irak en la eliminación del tracoma es también una verdadera demostración de nuestra visión regional de Salud para Todos por Todos”.

Aún se sabe que el tracoma, la principal causa infecciosa de ceguera en todo el mundo, es endémico en seis países de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, pero ha habido un progreso sustancial en la cantidad de personas en la región que requieren tratamiento con antibióticos para eliminar el tracoma, que ha disminuido de 39 millones en 2013 a 6,9 millones en abril de 2023.

Progreso mundial

A nivel mundial, Irak se une a otros 17 países que han sido validados por la OMS por haber eliminado el tracoma como problema de salud pública: Arabia Saudí, Benín, Camboya, China, Gambia, Ghana, Irán, Laos, Malawi, Malí, Marruecos, México, Myanmar, Nepal, Omán, Togo y Vanuatu.

Irak es también el país número 50 en ser reconocido por la OMS por eliminar al menos una enfermedad tropical desatendida (ETD), a nivel mundial. Este importante hito es la mitad del camino hacia el objetivo de 100 países establecido para 2030 en la hoja de ruta de la OMS para las enfermedades tropicales desatendidas. Desde principios de 2023, otros cinco países han completado con éxito los procesos de validación pertinentes para una ETD.



“La contribución que los programas de ETD están haciendo hacia la cobertura de salud universal es impresionante, ya que, por definición, extienden el alcance a grupos de poblaciones desatendidas”, dijo la Dra. Ibrahima Socé Fall, directora del Programa Global de ETD de la OMS. “Gracias a la dedicación y el compromiso de Irak, el mundo está ahora más cerca de alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible”.

El tracoma es una enfermedad tropical desatendida. Es causada por una infección con la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que se propaga de persona a persona a través de dedos contaminados, fómites y moscas que han entrado en contacto con secreciones de los ojos o la nariz de una persona infectada.

Los factores de riesgo ambientales para la transmisión del tracoma incluyen higiene deficiente, hogares hacinados y acceso inadecuado al agua y al saneamiento.

Para eliminar el tracoma como problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud recomienda la estrategia SAFE, un enfoque integral para reducir la transmisión del organismo causante, eliminar las infecciones existentes y abordar sus efectos.

La hoja de ruta de las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030 tiene como objetivo la prevención, el control, la eliminación y la erradicación de 20 enfermedades y grupos de enfermedades para 2030. El progreso contra el tracoma y otras enfermedades tropicales desatendidas alivia la carga humana y económica que imponen a las comunidades más desfavorecidas del mundo.

La estrategia SAFE consiste en: Cirugía (*Surgery*) para tratar la etapa de ceguera (triquiasis tracomatosa); Antibióticos (*Antibiotics*) para eliminar la infección, particularmente la administración masiva de medicamentos del antibiótico azitromicina, que es donado por el fabricante, Pfizer, a los programas de eliminación, a través de la Iniciativa Internacional de Tracoma; Limpieza facial (*Facial cleanliness*); y Mejora ambiental (*Environmental improvement*), particularmente mejorando el acceso al agua y al saneamiento.

Mozambique registró más de 2.500 casos de sarampión en los últimos 30 meses, lo que ha llevado al país a realizar desde el 24 de julio una campaña de vacunación “para prevenir nuevos brotes de la enfermedad”, según dijo el ministro de Salud.

“La identificación de casos de sarampión es una preocupación, por ser una enfermedad altamente contagiosa”, subrayó el ministro Armindo Tiago, durante el lanzamiento de la campaña de vacunación contra el sarampión y la rubéola, la suplementación con vitamina A y la desparasitación con albendazol.

De enero de 2020 a junio de 2023, el país registró 2.565 casos de sarampión, de los cuales 80% se reportaron en las provincias de Niassa, Zambézia, Tete, Manica y Sofala, afectando principalmente a niños menores de 5 años, dijo el ministro.

Destacó que la vacunación de todos los niños de 9 a 59 meses, que se realizará entre el 31 de julio y el 4 de agosto, “es la medida de salud pública más efectiva para cortar la transmisión del virus”.

“Los disturbios relacionados con los efectos combinados de la pandemia de covid y la aparición de otras emergencias de salud pública presionaron los servicios de vacunación y la oferta de otros paquetes de prevención, incluida la desparasitación, lo que aumentó los riesgos de grandes brotes de sarampión”, continuó Armindo Tiago.

“Debido a que el sarampión es altamente contagioso, los casos tienden a aparecer rápidamente cuando bajan los niveles de vacunación”, advirtió.

“Esta intervención pretende responder al brote de sarampión y rubéola, a través de la vacunación de todos los niños en el grupo etario reconocido y aumentar las coberturas de vitamina A y albendazol”, dijo Armindo Tiago.

La campaña prevé llegar a 4,8 millones de niños con vacunas contra el sarampión y la rubéola, además de suplementos de vitamina A para 931.000 y desparasitación para otros 729.000 niños.

Por su parte, Severin Xilander, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció que el sarampión y la rubéola son las causas más comunes de problemas congénitos en el país, argumentando que la vacunación puede prevenir brotes en las comunidades.

“El sarampión y la rubéola son una prioridad mundial a eliminar, siendo la vacunación una estrategia fundamental de salud pública”, dijo Severin Xilander, al señalar que la cobertura de niños con vacunación completa en el país es solo de 66% desde 2015.

Mozambique realizó por última vez, entre abril y mayo de 2018, la campaña nacional de vacunación contra el sarampión y la rubéola, habiendo vacunado a unos 13 millones de niños, lo que se tradujo en una importante reducción de casos en las provincias más afectadas.

Por un brote de *Klebsiella pneumoniae*, una bacteria multirresistente, fueron aislados los bebés del internado de neonatología del Hospital de Santa María, en Lisboa. La noticia fue confirmada por el Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte (CHULN), del que forma parte esta unidad.



“De los 15 bebés hospitalizados, 11 están colonizados, pero clínicamente estables, tres fueron dados de alta y uno falleció; también hay dos bebés que dieron negativo”, informó el Hospital Santa María, e indicó que “el Grupo Coordinador Local del Programa de Prevención y Control de Infecciones y Resistencia a los Antimicrobianos de CHULN está monitoreando la situación de acuerdo con las normas de la Dirección General de Salud”.

El infectólogo Álvaro Aires Pereira, de esa unidad, explicó que, por ahora, los bebés no están infectados, sino “colonizados” por la bacteria. También informó que “estos bebés son muy frágiles por su prematuridad y otras patologías que presentan. Son estables desde este punto de vista, están colonizados con esta bacteria y tenemos todos los cuidados habituales para evitar cualquier infección con esta u otra bacteria”, dijo.

“Serán dados de alta cuando tengan el desarrollo adecuado que les permita irse a casa. Esta bacteria no interfiere en nada con su alta, como ocurre con cualquier paciente hospitalizado”, dijo el doctor.

Sobre el bebé fallecido, la Dra. Raquel Gouveia declinó dar más detalles, ya que “todavía no hay datos concluyentes”.

Los dos bebés negativos no han sido trasladados a otros establecimientos de salud “porque son bebés inestables y el riesgo de traslado es grande”, dijo, y agregó que actualmente en el Hospital Santa María solo se realizan partos en gestantes a término, cuyos bebés no requieren hospitalización en Neonatología.

Esta infección hospitalaria fue detectada hace unos días y obligó a los médicos a impedir el ingreso de bebés y, así, trasladar también a embarazadas que pudieran necesitar hospitalizar a sus recién nacidos para atención neonatal. Mientras la unidad de neonatología esté aislada, los recién nacidos deberán ser derivados a otros hospitales de la región.

La respuesta en esta área está asegurada por los medios internos de CHULN y mediante la articulación con la red durante los procedimientos de buenas prácticas necesarios para resolver la situación.

Pereira resaltó que “estos bebés no están pasando por una situación muy grave. Es una situación grave para el hospital, porque si estos pequeños llegan a tener una infección, pueden ser más difíciles de tratar”, dijo.



El Ministerio de Salud del Distrito Federal de Siberia, Rusia, anunció que cuatro de cinco pacientes infectados con ántrax en la República de Tuvá escaparon del hospital sin recibir el alta médica, lo que ha generado preocupación en la comunidad médica y local.

Estas personas fueron ingresadas al hospital por estar infectadas con ántrax, una peligrosa enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Bacillus anthracis*; sin embargo, cuatro de ellas rechazaron el tratamiento en el hospital de enfermedades infecciosas de la región y abandonaron las instalaciones médicas sin autorización. Sin embargo, uno de ellos se mantiene en el recinto recibiendo tratamiento.

Tras la huida de estas personas, el personal de salud informó la situación a la sucursal regional del Servicio Federal para la Supervisión y la Protección de los Consumidores (Rosпотребнадзор), entidad responsable de la vigilancia de la salud pública de Rusia.

Si bien los pacientes se encontraban en “estado satisfactorio” al momento de la huida, las normas y regulaciones sanitarias de Rusia indican que las personas infectadas con ántrax solo pueden ser dadas de alta una vez que terminan el tratamiento y sus heridas en la piel hayan sanado completamente.

Es preocupante que hayan rechazado el tratamiento y abandonado el centro médico sin autorización, ya que esto podría tener graves consecuencias tanto para su propia salud como para la propagación del ántrax.

“La transmisión de la infección de humano a humano es bastante rara, pero posible, especialmente si las úlceras en la piel del paciente no han sanado completamente”, indicó el Rosпотребнадзор.

El 30 de junio, la Fiscalía General de la República de Tuvá informó que un residente local del pueblo de Bizhiktig-Khaya, en el distrito de Barun-Khemchiksky, fue hospitalizado con ántrax después de visitar un campamento de pastores donde se encontraron más de 100 animales no vacunados.

Eso provocó el contagio de seis personas, incluidos cuatro niños, que residen permanentemente en el campamento. El 6 de julio se estableció el diagnóstico de ántrax para otras cinco personas, todas las cuales fueron trasladadas al hospital regional.

Las autoridades aún no han detallado como estas personas se contagiaron con ántrax o si se trata de algún contacto estrecho con el caso del 30 de junio. Asimismo, no se conoce actualmente el paradero de los pacientes que escaparon.

Las autoridades sanitarias rusas afirmaron que no existe amenaza de brote epidémico, ya que el ántrax no se transmite de persona a persona. Sin embargo, es esencial mantener una vigilancia activa y encontrar a los pacientes fugados lo antes posible para evitar posibles complicaciones y nuevos contagios.

Este no es el primer brote de ántrax que se registra en el interior de Rusia. Casos anteriores, como el ocurrido en 2016 en la península de Yamal, provocaron la enfermedad en decenas de personas y, lamentablemente, resultó en la muerte de un niño.

Las autoridades deben tomar medidas efectivas para prevenir futuros brotes de ántrax y mejorar la concientización sobre los riesgos y medidas preventivas en las comunidades locales, especialmente aquellas que tienen contacto cercano con animales.

El ántrax, aunque temible, puede tratarse con éxito mediante el uso de antibióticos adecuados. No obstante, para garantizar la salud y seguridad de la población, es esencial que los pacientes afectados por esta peligrosa enfermedad reciban el tratamiento médico necesario y no pongan en riesgo sus vidas ni la de otros al evadir la atención hospitalaria.

El 4 de julio de 2023, las autoridades sanitarias de Tanzania confirmaron y notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la detección de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en el país. El caso es un niño menor de dos años que recibió tres dosis de la vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV), una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV) para la inmunización de rutina y dos dosis de la bOPV durante las actividades de inmunización suplementarias en 2022, sin antecedentes documentados de viajes. El niño se informó inicialmente como un caso de parálisis flácida aguda en la región de Rukwa, en el suroeste de Tanzania, que experimentó parálisis a fines de mayo de 2023.

Se recogieron dos muestras de materia fecal del caso el 30 y 31 de mayo de 2023 respectivamente y se confirmó que eran cVDPV2 el 30 de junio. Los resultados de la secuenciación genética mostraron que el virus aislado ha sufrido 15 cambios de nucleótidos y está estrechamente relacionado con la cepa que circula en Sud-Kivu, República Democrática del Congo, en 2023.

Desde 2022, Tanzania ha estado participando activamente en una respuesta a un brote de varios países en el sudeste de África, en respuesta a la detección de diferentes cepas de poliovirus en la subregión, incluido el aumento de los niveles de inmunidad a través de campañas de vacunación masiva y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia subnacional.

Según estimaciones de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de la cobertura nacional de inmunización, la de la tercera dosis de la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV3) y la de la primera dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV1) fueron de 88% en 2022 en Tanzania.

Acciones de salud pública

- Se está realizando una evaluación de riesgos, dirigida por el Ministerio de Salud y apoyada por los socios de la Iniciativa Global para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI), junto con una investigación de campo y la planificación de la respuesta adecuada.
- Se ha fortalecido la capacidad de vigilancia de la parálisis flácida aguda del país para detectar casos adicionales.
- Se están analizando los niveles de inmunidad subnacionales para identificar posibles poblaciones y/o áreas no vacunadas o insuficientemente vacunadas.

Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS evalúa que el riesgo general a nivel nacional es alto debido al desempeño subóptimo de la vigilancia de la parálisis flácida aguda en algunos distritos, la cobertura de vacunación subóptima que da como resultado una baja inmunidad de la población y niños más susceptibles, y el continuo movimiento de población entre países vecinos.

La OMS considera que este evento presenta un alto riesgo de propagación internacional y/o emergencia de esta cepa de cVDPV2 en toda la región, particularmente en otras áreas del centro y sureste de África, debido a la baja inmunidad de la población y a los inadecuados niveles

de inmunización de rutina en algunos países y áreas, y a los movimientos de población a gran escala. En todos los casos, la propagación continua de los brotes existentes, así como la aparición de nuevos brotes de cVDPV2, indican brechas en la cobertura de inmunización de rutina y una respuesta inadecuada a los brotes.

Si bien los [nuevos datos de la OMS y el UNICEF](#) muestran signos prometedores de recuperación de los servicios de inmunización en algunos países, la cobertura aún no alcanza los niveles previos a la pandemia, lo que pone a los niños en riesgo de brotes de enfermedades, particularmente en países de bajos ingresos. En respuesta a estos últimos datos publicados, los miembros del Consejo de Asociación de la Agenda de Inmunización 2030 pidieron que se redoblen los esfuerzos ([Agenda de Inmunización 2030](#)) para la recuperación de la inmunización.

Consejo de la OMS

Es importante que todos los países, en particular aquellos con viajes frecuentes y contactos con países y áreas afectados por la poliomielitis, fortalezcan la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda y comiencen la expansión planificada de la vigilancia ambiental para detectar rápidamente cualquier importación de virus nuevo y facilitar una respuesta rápida. Los países, territorios y áreas también deben mantener una cobertura de inmunización de rutina uniformemente alta a nivel de distrito para minimizar las consecuencias de la introducción de cualquier nuevo virus.

Viajes Internacionales y Salud de la OMS recomienda que todos los viajeros a áreas afectadas por la poliomielitis estén completamente vacunados contra la poliomielitis. Los residentes (y visitantes durante más de cuatro semanas) de áreas infectadas deben recibir una dosis adicional de OPV o IPV dentro de las cuatro semanas a 12 meses antes del viaje.

Según el consejo de un [Comité de Emergencias convocado en virtud del Reglamento Sanitario Internacional \(2005\)](#), el riesgo de propagación internacional del poliovirus sigue siendo una Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional (ESPII). Los países afectados por la transmisión del poliovirus están sujetos a [Recomendaciones Temporales](#). Para cumplir con las Recomendaciones Temporales emitidas bajo la ESPII, cualquier país infectado por poliovirus debe declarar el brote como una emergencia de salud pública nacional, garantizar la vacunación de los residentes y visitantes a largo plazo y restringir en el punto de partida los viajes de las personas que no han sido vacunadas o no pueden acreditar el estado de vacunación.

La poliomielitis es una enfermedad altamente infecciosa que afecta en gran medida a los menores de cinco años, causando parálisis permanente (aproximadamente una de cada 200 infecciones) o la muerte (2-10% de los paralizados).

El virus se transmite de persona a persona, principalmente por vía fecal-oral o, con menor frecuencia, por un vehículo común (p. ej., agua o alimentos contaminados) y se multiplica en el intestino, desde donde puede invadir el sistema nervioso y causar parálisis. El período de incubación suele ser de 7 a 10 días, pero puede oscilar entre 4 y 35 días. Hasta 90% de los infectados son asintomáticos o experimentan síntomas leves y la enfermedad generalmente pasa desapercibida.

El poliovirus derivado de la vacuna es una cepa bien documentada de poliovirus mutada de la cepa contenida originalmente en la vacuna antipoliomielítica oral con virus atenuados (OPV). La OPV contiene una forma viva y debilitada de poliovirus que se replica en el intestino durante un período limitado y, por lo tanto, desarrolla inmunidad mediante la acumulación de anticuerpos. En raras ocasiones, cuando se replican en el tracto gastrointestinal, las cepas de la OPV cambian genéticamente y pueden propagarse en comunidades que no están completamente vacunadas contra la poliomielitis, especialmente en áreas con higiene y saneamiento deficientes, o hacinamiento. Cuanto menor es la inmunidad de la población, más tiempo sobrevive este virus y más cambios genéticos experimenta.

En casos muy raros, el virus derivado de la vacuna puede cambiar genéticamente a una forma que puede causar parálisis como lo hace el poliovirus salvaje; esto es lo que se conoce como poliovirus derivado de la vacuna (VDPV). La detección de VDPV en al menos dos fuentes diferentes y con al menos dos meses de diferencia, que estén genéticamente vinculadas y muestren evidencia de transmisión en la comunidad, se clasifica como poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV).

El último caso registrado de poliovirus salvaje indígena (WPV) en Tanzania ocurrió en 1996, y el caso de cVPDV2 en 2023 es el primer caso detectado en el país.

Prevención...



Departamento de Salud de Vermont, Estados Unidos (diciembre de 2012).

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

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

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