ISSN 2796-7050

REC Argentina

Reporte Epidemiológico de Córdoba

26 DE DICIEMBRE 2023
REC 2.765

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la mpox
- Santa Fe: Se confirmó en General Obligado un caso humano de encefalitis equina del Oeste

AMÉRICA

- Sudamérica: Alerta epidemiológica por encefalomielitis equina del Oeste en equinos
- Infecciones respiratorias por *Mycoplasma pneumoniae*
- Brasil: Las poblaciones cercanas a ríos de aguas oscuras tienen mayor incidencia de malaria
- Estados Unidos: Dramático aumento en los casos de varicela en Chicago

EL MUNDO

- Alemania: Detectaron tres casos de leishmaniosis cutánea en viajeros provenientes de México
- Filipinas: Dramático incremento en los casos y muertes por tos convulsa en 2023
- Francia: El rastro de las tarjetas de crédito salvó vidas en un brote de botulismo
- Pakistán: Primera muerte por mpox en el país
- Palestina: Más de 360.000 casos de enfermedades infecciosas entre los refugiados en Gaza
- Zambia: Un brote de cólera complica la crisis causada por la epidemia de carbunco
- Zimbabwe: Los servicios sanitarios deben integrar la atención del VIH para personas mayores
- Situación epidemiológica global de la poliomielitis

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

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.SE-

Adherentes

SLAMVI Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero
GEMICOMED seimc.org
Comité Nacional de Infectología SAP
UCC

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.

Argentina

BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Situación epidemiológica de la mpox

13/10/2023

En 2023, hasta la semana epidemiológica (SE) 48, se confirmaron 121 casos de mpox en Argentina. Para el mismo período se registraron 44 casos sospechosos y 223 fueron descartados.

En las últimas cuatro SE se confirmaron tres casos: uno en la SE 46 y dos en la SE 47. De estos tres casos, dos tienen antecedente epidemiológico de viaje.

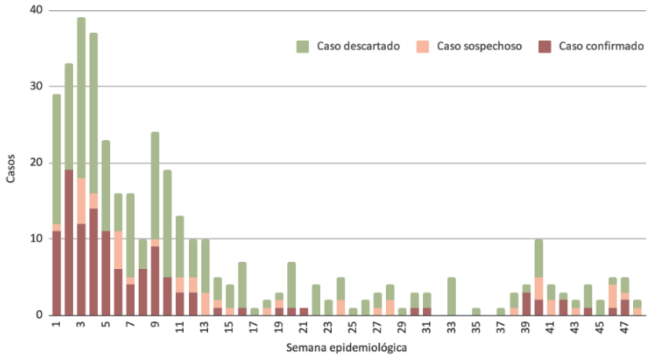
La mediana de edad de los casos confirmados es de 35 años con un mínimo de 19 años y un máximo de 59 años.

El 96% de los casos confirmados corresponde a personas de sexo legal masculino.

Los casos se concentraron en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos: 41% de los casos confirmados se registraron en residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 26% en Córdoba y 23% en Buenos Aires.

Desde el primer caso confirmado en la SE 21 de 2022, se confirmaron 1.025 casos en todo el año 2022.

El pico de casos del año 2023 se registró en la SE 2, con 19 casos confirmados, a partir de la cual se observa un marcado descenso. En 2023 fueron notificados casos sospechosos en casi todas las SE del año, sin confirmados entre las semanas 22 y 29 ni entre las semanas 32 y 38; a partir de la SE 39 comienzan a registrarse nuevamente casos confirmados.



Casos de mpox, según clasificación. Argentina. Año 2023, hasta semana epidemiológica 48. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Provinica/Región	Casos confirmados				Casos notificados
	Total 2022	Total 2023	SE 48	Últ. 4 SE	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	675	50	–	2	148
Buenos Aires	275	28	–	1	143
Córdoba	23	32	–	–	56
Entre Ríos	–	–	–	–	1
Santa Fe	17	1	–	–	10
Centro	**990**	**111**	**–**	**3**	**358**
Mendoza	4	5	–	–	7
San Juan	1	–	–	–	–
San Luis	–	–	–	–	–
Cuyo	**5**	**5**	**–**	**–**	**7**
Chaco	1	–	–	–	3
Corrientes	1	3	–	–	5
Formosa	–	1	–	–	2
Misiones	–	–	–	–	–
Noreste Argentino	**2**	**4**	**–**	**–**	**10**
Catamarca	–	–	–	–	1
Jujuy	1	1	–	–	1
La Rioja	–	–	–	–	1
Salta	1	–	–	–	1
Santiago del Estero	–	–	–	–	–
Tucumán	3	–	–	–	1
Noroeste Argentino	**5**	**1**	**–**	**–**	**5**
Chubut	2	–	–	–	2
La Pampa	–	–	–	–	–
Neuquén	3	–	–	–	1
Río Negro	5	–	–	–	–
Santa Cruz	4	–	–	–	3
Tierra del Fuego	9	–	–	–	2
Sur	**23**	**–**	**–**	**–**	**8**
Total Argentina	**1.025**	**121**	**–**	**3**	**388**

Casos de mpox, según clasificación y jurisdicción. Argentina. Semanas epidemiológicas 21 de 2022 a 48 de 2023. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Los casos confirmados se caracterizan principalmente por la presencia de exantemas vesiculares en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara), fiebre y linfoadenopatías.

El Ministerio de Salud de Argentina informó que se obtuvieron resultados positivos para encefalitis equina del Oeste (EEO) en muestras provenientes de un paciente que reside en el departamento de General Obligado, provincia de Santa Fe, donde el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) registró previamente casos de la enfermedad en equinos. Se trata del primer caso en humanos, luego de más de dos décadas sin registro, ya que las últimas detecciones ocurrieron en 1983 y 1996.

A partir de la alerta epidemiológica que emitió el Ministerio de Salud de Argentina el 29 de noviembre, en función de la aparición de casos en equinos, se puso en marcha la vigilancia epidemiológica en humanos. El diagnóstico se obtuvo a partir de muestras que remitió el Hospital Central Reconquista 'Dra. Olga Stucky de Rizzi', donde el paciente se encuentra internado y evoluciona favorablemente. En este marco, el caso se abordó como sospechoso ante los síntomas que presentaba y el antecedente de residencia en una región donde hubo casos confirmados en equinos. El análisis de las muestras se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui', de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', en Pergamino.

La EEO es una enfermedad causada por un virus que se transmite a través de la picadura de mosquitos infectados que actúan como vectores, principalmente en áreas rurales. A partir de la detección viral en caballos, que el SENASA informó el 25 de noviembre, el Ministerio de Salud de Argentina activó la alerta epidemiológica en todo el país para detectar, a través de la vigilancia epidemiológica, posibles casos en humanos.

El Ministerio de Salud de Argentina se encuentra trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe y el SENASA, en las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y control, al mismo tiempo que lo viene realizando con las otras provincias afectadas por casos de EEO en equinos.

Síntomas y recomendaciones

En humanos, la EEO tiene un periodo de incubación de 2 a 10 días. La mayoría de los casos son asintomáticos o se presentan como cuadros leves con fiebre, cansancio, dolores musculares y malestar general que se resuelven espontáneamente en 7 a 10 días.

Como medidas de prevención se recomienda el saneamiento ambiental para evitar la proliferación de mosquitos y la protección de las personas que trabajan o viven en las inmediaciones de lugares propicios para el desarrollo de mosquitos y donde se alojan caballos. Ante la presencia de síntomas, se recomienda la consulta médica.

Recomendaciones para la población

Debido a las características ecológicas de los potenciales vectores involucrados, el Ministerio de Salud de Argentina recomienda seguir las siguientes medidas de cuidado:

- Saneamiento ambiental de los predios donde se alojan caballos y personas asociadas a dicha actividad.

- Drenaje o rellenado de espacios de anegación temporaria que puedan servir como sitio de oviposición para las hembras de esta especie de mosquitos.
- Desmalezado del peridomicilio y predios verdes para disminuir la presencia de mosquitos adultos.
- Protección personal de quienes trabajan o viven en las inmediaciones de lugares propicios para el desarrollo de mosquitos y donde se alojan caballos, incluyendo: el uso de ropa de trabajo clara y de manga larga y la utilización de espirales en el exterior y pastillas o aerosoles en el interior de las edificaciones, y la aplicación periódica de repelentes de insectos con el ingrediente activo DEET (N,N-Dietil-meta-toluamida) mientras se realizan tareas en el exterior o dentro de establecimientos de animales. Es necesario volver a aplicar el producto periódicamente. La cantidad de horas entre las aplicaciones dependerá de la concentración de DEET del producto empleado (un producto con 30% de DEET debe ser aplicado cada 6 horas mientras que uno que contiene 10% de DEET debe ser renovado cada 2-3 horas). También pueden utilizarse repelentes que contengan IR3535 o icaridina.
- Colocación de telas mosquiteras en puertas y ventanas de recintos de animales y viviendas.

Casos en equinos

A la fecha, el SENASA notificó 920 brotes de EEO en equinos, en 15 provincias del país: Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Entre Ríos, Corrientes, Chaco, La Pampa, Santiago del Estero, Formosa, Río Negro, San Luis, Jujuy, Misiones, Mendoza y Neuquén. También desde el organismo sanitario se registró un caso en ovinos.

Puede consultar más información en la *Circular para la vigilancia epidemiológica y laboratorial, la prevención y el control de la encefalitis equina del Oeste*, de fecha 8 de diciembre de 2023.

Puede consultar más información sobre la evolución de la enfermedad en equinos y recomendaciones de sanidad animal, haciendo clic aquí.

SUDAMÉRICA

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR ENCEFALOMIELITIS EQUINA DEL OESTE EN EQUINOS

19/12/2023

Frente a la reciente detección de focos de encefalomielitis equina del Oeste (EEO) en equinos localizados en varias provincias de Argentina y algunos departamentos de Uruguay, el riesgo para la salud humana asociado a la circulación de este virus y el alto potencial de propagación a otros países de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alertó a los Estados Miembros sobre la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico de las encefalitis equinas, la coordinación intersectorial, la vigilancia y el control de vectores en la Región.

Resumen de la situación

La EEO es una enfermedad generada por el virus de la encefalomielitis equina del Oeste, que pertenece al género *Alphavirus* de la familia *Togaviridae*, al que también pertenecen la encefalomielitis equina del Este (EEE) y la encefalomielitis equina venezolana (EEV). En el ser humano, el virus de la EEO puede provocar una enfermedad que va desde cuadros subclínicos o moderados, hasta formas graves de meningitis aséptica y encefalitis, con una tasa de letalidad que puede llegar a 30%. Los principales hospedadores reservorio de la EEE y la EEO son aves paseriformes. Los caballos y los humanos son hospedadores terminales fortuitos de la EEO y la EEE.

El virus de la EEO se transmite principalmente a través de la picadura de mosquitos infectados que actúan como vectores. El vector principal es *Culex tarsalis*, pero existen múltiples vectores, como *Aedes melanimon*, *Aedes dorsalis* y *Aedes campestris*; estos vectores mantienen la circulación del virus en ciclos enzoóticos silvestres, donde las aves actúan como reservorios. Los humanos y equinos son reservorios finales del virus, lo que significa que no son capaces de trasmitir el virus a los mosquitos. Si bien, la transmisión puede ocurrir en cualquier momento del año, tiende a aumentar durante las estaciones cálidas y húmedas.

Los síntomas en equinos incluyen: fiebre, letargo, debilidad, pérdida de apetito, dificultad para la marcha, secreciones nasales y oculares, problemas respiratorios, cambios en el comportamiento, signos neurológicos, postración, convulsiones y muerte. El período de incubación desde que un animal es infectado hasta que muestra los primeros signos clínicos es de 5 a 14 días.

Los brotes de EEO pueden presentar casos aislados en humanos con síntomas moderados y la mayoría de las infecciones son inaparentes. Los casos leves de la enfermedad presentan fiebre, dolor de cabeza y fatiga que persiste por varios días o semanas. La enfermedad tiene un co-

mienzo súbito con dolor de cabeza seguido de decaimiento, escalofrío, fiebre, mialgias y malestar general. Estos síntomas se acentúan en los días siguientes, con vómito, somnolencia, confusión y postración. Los síntomas neurológicos se limitan a debilidad y temblores generalizados especialmente de las manos, labios y lengua. Generalmente la mejoría comienza varios días después de la defervescencia, entre una semana a 10 días. No hay tratamiento antiviral específico, y las medidas de atención incluyen reposo absoluto, hidratación adecuada y manejo sintomático.

Los grupos en riesgo incluyen a las personas que viven, trabajan o que participan en actividades recreativas al aire libre en las áreas endémicas o donde se presentan focos activos declarados de la enfermedad. Hasta la fecha no se han registrado casos humanos de EEO en las regiones donde se están produciendo los actuales brotes.

Situación en Sudamérica

La EEO, así como la EEE y la EEV se registra en todas las Américas. En un reporte del Sistema de Información de la Salud Animal (WAHIS) muestra que entre 2019 y 2023 se han reportado encefalomielitis equinas en más de 10 países de todo el continente. En ese periodo se reportó EEO en equinos de Brasil (2019 y 2022); México (2019) y durante 2023 se reportaron casos en Argentina y Uruguay.

- **Argentina**: El 25 de noviembre de 2023, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) reportó resultados positivos para encefalomielitis equina en las provincias de Corrientes y Santa Fe. El 27 de noviembre se confirmó EEO, y durante los siguientes días se confirmaron más casos en las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos, Córdoba, Chaco, Formosa y Santiago del Estero. El 30 de noviembre, el SENASA declaró el estado de emergencia sanitaria en todo el territorio nacional. La última vez que se había reportado un caso de EEO en Argentina fue en el año 1988. Según un reporte de SENASA del 18 de diciembre, se han confirmado 920 brotes (26 diagnosticados por laboratorio, y 894 por clínica y epidemiología). La provincia de Buenos Aires presenta el mayor número de casos (501), seguida de Santa Fe (147), Córdoba (127), Entre Ríos (69), Corrientes (41), Chaco (16), Formosa (6), Santiago del Estero (5), La Pampa (4) y Río Negro (4).

  El mismo 25 de noviembre, ante el primer reporte de Argentina, las autoridades de sanidad animal de Paraguay y Uruguay elevaron comunicados que instaban a la ciudadanía a notificar sintomatología neurológica en equinos (caballos y mulas).

- **Uruguay**: El 5 de diciembre del 2023, el Ministerio de Ganadería y Agricultura confirmó un caso de EEO en equinos del Departamento de Salto, en el litoral del río Uruguay. El último registro en el país fue un caso humano fatal ocurrido en 2009, no asociado a casos en caballos. En las últimas semanas se han realizado visitas a 219 establecimientos con denuncias de equinos con sospecha de EEO en todos los departamentos del país. En el reporte del 13 de diciembre se confirmaron por laboratorio 20 casos de EEO, agregando focos a un total de nueve departamentos: Río Negro (5 casos), San José (4), Artigas (2), Durazno (1), Salto (1), Soriano (1), Tacuarembó (1), Durazno (1) y Flores (1). En el mismo informe se reportan aún 260 casos con clínica fundada de EEO, de los cuales están pendientes los resultados laboratoriales.

El 22 de noviembre de 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un comunicado sobre el incremento de enfermedades respiratorias en niños en el norte de China. De acuerdo con el mismo, el sistema de vigilancia de enfermedades respiratorias de ese país indicaba un aumento en las consultas ambulatorias y los ingresos hospitalarios pediátricos por neumonía debido a *Mycoplasma pneumoniae* desde mayo de 2023 y por virus sincicial respiratorio, adenovirus e influenza desde octubre de 2023.

China atribuyó este incremento al levantamiento de las restricciones por la covid y al inicio de la temporada invernal. Aunque el incremento en la actividad de enfermedades respiratorias se produjo antes de lo previsto, las autoridades de salud del país no informaron de patógenos nuevos o inusuales, señalando solo un aumento general debido a agentes etiológicos conocidos, sin sobrecarga hospitalaria. También destacaron que se implementó una vigilancia ampliada desde mediados de octubre, cubriendo un amplio espectro de virus y bacterias, incluyendo *M. pneumoniae*.

En Europa, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), en su boletín semanal correspondiente a la semana epidemiológica (SE) 47 informó sobre aumentos en las detecciones de *M. pneumoniae* en seis de sus Estados miembros –Dinamarca, Francia, Irlanda, Países Bajos, Noruega y Suecia– a nivel nacional o en hospitales específicos. El incremento se ha observado en todos los grupos etarios, pero es predominante en niños y adolescentes. No se reportaron cepas diferentes ni se evidenciaron cambios en la resistencia a los macrólidos de primera línea. Señalan que dichos incrementos pueden deberse a la recurrencia típica de la enfermedad, posiblemente agravada por un período de tres años con transmisión limitada. En el boletín también comentan que la Agencia de Control y Prevención de Enfermedades de Corea del Sur (KDCA) reportó el 20 de noviembre de 2023, un aumento de infecciones en niños debido a *M. pneumoniae*.

La Agencia de Salud Pública de Francia informó el 30 de noviembre de 2023 que se detectaron aumentos inusuales en las infecciones respiratorias por *M. pneumoniae* en la SE 47 de 2023. Se observaron incrementos en los casos sospechosos en comunidades escolares y casos confirmados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de varias regiones. Es importante puntualizar que en Francia no existe un sistema nacional de notificación o vigilancia específica para las infecciones por *M. pneumoniae*.

El 29 de noviembre de 2023, el Statens Serum Institut de Dinamarca reportó un aumento significativo de infecciones respiratorias por *M. pneumoniae*, llegando a niveles epidémicos con 541 casos nuevos en la SE 47 de 2023, triplicando los valores de la SE 42. Este incremento sigue un patrón nacional de epidemias cada cuatro años, afectando principalmente a niños de 6 a 12 años en otoño e invierno.

Un estudio prospectivo global de vigilancia de *M. pneumoniae*, llevado a cabo por la red colaborativa internacional establecida por el Grupo de Estudio para Infecciones por *Mycoplasma* y *Chlamydia* (ESGMAC), que tiene por objetivo caracterizar el comportamiento de las infecciones por *M. pneumoniae* y su resurgimiento tras la interrupción durante la pandemia de covid,

indicó que se está registrando una reaparición de *M. pneumoniae* a fines de 2023, más de tres años después de la introducción de las restricciones de la pandemia de covid.

Consejo de la OPS/OMS

El aumento en la circulación de *M. pneumoniae* reportado en algunos países de Asia y Europa resalta la importancia de contar con sistemas de vigilancia de enfermedad respiratoria aguda con integración de diferentes agentes etiológicos. Los sistemas de vigilancia centinela de rutina para síndromes respiratorios, con la inclusión de *M. pneumoniae*, pueden permitir la monitorización de los diferentes patrones de circulación y gravedad de la enfermedad causada por estos agentes, así como los patrones de sensibilidad a los antimicrobianos de elección. Hasta el momento, con los datos reportados a través de la plataforma regional para la vigilancia centinela de enfermedad tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG), FluID, no se han detectado patrones inusuales en las tendencias de casos de ETI e IRAG en la Región de las Américas.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recuerda que el tratamiento antimicrobiano adecuado acorta la duración de los síntomas y acelera la recuperación radiológica y clínica de la neumonía. Ante la sospecha clínica de neumonía causada por *M. pneumoniae*, se recomienda el uso de macrólidos (azitromicina, claritromicina) en niños y adultos. Otras alternativas terapéuticas son las tetraciclinas (doxiciclina) para mayores de 8 años y quinolonas de actividad respiratoria (levofloxacina, moxifloxacina) en adultos.

Ante el incremento de resistencia a los macrólidos en otras regiones del mundo, se recomienda a los clínicos monitorear la evolución del paciente y considerar alternativas (por ejemplo, doxicilina, levofloxacina, moxifloxacina) si el tratamiento inicial con macrólidos no conduce a la mejoría de los síntomas. Los protocolos para el tratamiento empírico de las neumonías, causadas por agentes infecciosos, entre los cuales se incluye *M. pneumoniae*, se detallan en la guía *Tratamiento de las enfermedades infecciosas 2020-2022*.

El diagnóstico de las infecciones por *M. pneumoniae* puede realizarse mediante cultivo, serología o métodos de amplificación de ácidos nucleicos. Sin embargo, actualmente existen protocolos caseros y kits moleculares de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de diagnóstico que presentan una confianza aceptable con buena especificidad y sensibilidad para *M. pneumoniae*. La detección molecular se realiza generalmente en hisopados nasofaríngeos y/u orofaríngeos.

La OPS/OMS alienta a los países a estar atentos a un aumento inusual de neumonías ocasionadas por este patógeno y a notificar bajo el canal del Anexo 2 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), según el resultado del algoritmo de decisión.

Mycoplasma pneumoniae es una bacteria que ocasiona aproximadamente 20% de las neumonías adquiridas en la comunidad, y con mayor frecuencia puede causar bronquitis o bronquiolitis, a menudo acompañadas por manifestaciones del tracto respiratorio superior. Los síntomas incluyen cefalea, malestar general, tos paroxística, dolor de garganta y, ocasionalmente, molestias torácicas.

La duración del cuadro varía de días a meses. Son poco frecuentes la infección bacteriana secundaria y otras complicaciones, como la afección del sistema nervioso central y el síndrome de Stevens Johnson; los casos fatales son raros.

A nivel mundial se presenta en forma esporádica, endémica y a veces epidémica, afectando a todas las edades y con tasas de ataque variables. Las epidemias aparecen con mayor frecuencia al finalizar el verano y en el otoño; la enfermedad endémica no sigue un ritmo estacional, pero puede haber variación de un año a otro y entre distintas zonas geográficas. *M. pneumoniae* ocasiona brotes frecuentes en escuelas y en el hogar.

La transmisión ocurre por inhalación de gotitas o contacto directo, siendo comunes los casos secundarios entre contactos. El periodo de incubación es de 6 a 32 días, y la transmisibilidad puede extenderse hasta 20 días, aunque la duración de la inmunidad es desconocida, pudiendo haber segundos ataques de neumonía.

LAS POBLACIONES CERCANAS A RÍOS DE AGUAS OSCURAS TIENEN MAYOR INCIDENCIA DE MALARIA

23/11/2023

Las poblaciones cercanas a ríos de aguas oscuras tienen mayor incidencia de malaria que aquellas que lindan con ríos de aguas claras, según un reciente estudio.

Esta información debería facilitar la identificación de zonas con alto riesgo de transmisión de la enfermedad y contribuir a la planificación de acciones preventivas.

La malaria se transmite por el mosquito *Anopheles*, con brotes impulsados por la combinación de malas instalaciones sanitarias, degradación ambiental, cambios de temperaturas y condiciones hidrológicas.

En Brasil, la enfermedad se concentra en los estados del norte y del Amazonas, el más grande del país, en cuyos ríos se reproducen las hembras del mosquito que actúan como vectores.

En la Amazonia, que aloja una de las mayores cuencas hidrográficas del mundo, sedimentos como arena, arcilla y limo afectan la coloración de los ríos, lo que deriva en pistas confiables sobre la presencia –o no– del mosquito. Los ríos clasificados como blancos transportan gran cantidad de sedimentos. Los "negros" llevan disueltas grandes cantidades de sustancias orgánicas.

Los casos de malaria son más frecuentes en estos últimos, concluyó el estudio que se extendió durante 17 años (2003-2019) en 50 municipios del estado de Amazonas.

Los sedimentos en suspensión, en cambio, bajan la temperatura y aumentan la velocidad de las aguas, un obstáculo para la reproducción del vector.

Para realizar estas observaciones, los investigadores apelaron a imágenes satelitales, información de estaciones pluviométricas y bases de datos oficiales sobre la enfermedad.

Al comparar los valores más altos de incidencia de malaria, la probabilidad de que fuera menor en los ríos de aguas blancas fue cercana a 96%.

Es posible que estos hallazgos ayuden a mejorar las estrategias de control, ampliando el conocimiento sobre la identificación de zonas con mayor riesgo de transmisión, las que pueden extrapolarse a regiones con características similares.

La investigación establece en términos formales una relación empírica muy conocida por los entomólogos que trabajan en la región amazónica. Coincide en que los resultados podrían extrapolarse a países como Perú, donde vive el mismo vector (*Nyssorhynchus darlingi*), pero podría no suceder lo mismo en países con diferentes vectores.

El camino de la prevención

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el planeta registró 247 millones de casos de malaria en 2021. Esto es dos millones más que en 2020, aunque se atribuye la suba a la interrupción de los servicios sanitarios durante la pandemia.

En las últimas décadas avanzaron iniciativas gubernamentales para prevenir la enfermedad, lo que llevó a la reducción global del ritmo de contagios y de muertes.

En países donde la enfermedad es endémica, la incidencia se redujo de 82 casos cada 1.000 habitantes en 2000 a 57 en 2019, destacó el Reporte Mundial sobre Malaria de 2022.

Mientras que África aporta 95% de la carga de malaria del mundo, en las Américas bajó de 1,5 millones en 2000 a 600.000 en 2021. Países como Argentina, Paraguay y El Salvador lograron eliminar la enfermedad.

Brasil también muestra una tendencia decreciente, con acciones de prevención, control y vigilancia. Entre ellas, se destaca el apoyo técnico, mayor acceso a mosquiteros e insecticidas de larga duración, pruebas de diagnóstico rápido, mejoras en redes de laboratorios, educación sanitaria y formación de profesionales.

Aun así, queda mucho por hacer: de los 29 municipios clasificados como de alto riesgo por el Ministerio de Salud de Brasil en 2021, 14 estaban en Amazonas. Esos estados son muy grandes y heterogéneos y –en general– comprenden territorios de difícil acceso, lo que vuelve muy desafiante al control de la enfermedad.

Esa dificultad abarca zonas como Roraima, el estado donde habitan los indígenas yanomami, víctimas de una catástrofe social y sanitaria que complica aún más el abordaje.

Junto con Pará, en aquel estado también avanza la minería ilegal. Los portadores asintomáticos perpetúan la transmisión, especialmente si lo hacen como parte de una actividad económica ilícita, que implica una dinámica de movilidad entre diversas localidades.

El contexto nacional da razones para un mayor optimismo, porque al gobierno de Luiz Inácio da Silva respalda la conservación de los bosques, los derechos indígenas y las disparidades en salud. El compromiso político y económico es fundamental para sustentar la lucha contra la malaria.

Esa lucha debe extenderse a países como Venezuela y Colombia, que junto con Brasil concentran alrededor de 80% de los casos.

La situación epidemiológica sigue siendo preocupante en estas naciones porque afrontan desafíos persistentes en torno a la disposición de datos confiables y estrategias para mejorar el diagnóstico y el acceso al tratamiento.

abc NEWS

DRAMÁTICO AUMENTO EN LOS CASOS DE VARICELA EN CHICAGO

14/12/2023

Los inmigrantes no vacunados están provocando un aumento de los casos de varicela en Chicago, dijeron el 14 de diciembre funcionarios de salud locales.

En lo que va del año se han identificado casi 400 casos de varicela en Chicago, y las últimas cuatro semanas marcaron específicamente un aumento en los casos, según una alerta de salud publicada por el Departamento de Salud Pública de Chicago (CDPH). De 2005 a 2022, la ciudad tuvo un promedio de 53 casos anuales de varicela.

El aumento de los casos de varicela se produce cuando los funcionarios municipales de todo el país se enfrentan a una afluencia de inmigrantes. Los migrantes han sido trasladados en autobús a varias ciudades importantes ya que los cruces siguen siendo elevados en la frontera entre Estados Unidos y México, pero muchos funcionarios dicen que carecen de los recursos para hacer frente al aumento. A Chicago han llegado más de 25.000 inmigrantes desde el 31 de agosto de 2022, según datos de la ciudad.

El departamento indicó que 81% de los casos reportados este año fueron detectados en inmigrantes recién llegados de la frontera sur que se encuentran en albergues. Agregó que 90% de los casos detectados en los recién llegados se produjeron en personas no vacunadas.

El Dr. Larry Kociolek, del Lurie Children's Hospital, dijo que la vacuna contra la varicela es muy eficaz contra la enfermedad, pero sin ella el virus es extremadamente contagioso.

"Si se vive o reside en un área donde hay una gran cantidad de personas que viven en espacios reducidos o comparten grandes habitaciones abiertas y esas personas no tienen ninguna inmunidad contra la varicela por vacunación o enfermedad previa, se puede propagar muy, muy rápidamente", dijo.

El CDPH dijo que no tiene conocimiento de ninguna propagación de la varicela entre los recién llegados y los residentes de la ciudad. También informó que la mayoría de los habitantes de Chicago ya están vacunados contra la varicela y dicen que no hay motivo de alarma en este momento.

El Dr. Simbo Ige, comisionado del CDPH, dijo que los recién llegados provienen de países donde recibir la vacuna contra la varicela no forma parte de la inmunización de rutina.

"Entonces, cuando detectamos casos, se investiga para saber quién ha estado en contacto con ellos y se trata de que la mayor cantidad posible de personas que puedan ser vulnerables sean vacunadas para contenerlo", dijo.

La varicela se transmite fácilmente a personas que no han recibido la vacuna o que no han sido infectadas previamente. Sin embargo, la mayoría de los estadounidenses han recibido la vacuna, lo que ha provocado una disminución de los casos desde su introducción en 1995.

Un portavoz del CDPH dijo que su equipo está trabajando para brindar orientación sobre el control de infecciones a los refugios.

"El CDPH tiene un equipo dedicado a detectar y responder a enfermedades transmisibles notificables en refugios y otros entornos de reuniones. Se han reportado casos de varicela en los recién llegados y, en respuesta, el equipo ha consultado con los administradores de refugios y

otras instalaciones para proporcionar orientación sobre el control de infecciones", dice el comunicado.

La mayoría de los habitantes de Chicago no corren riesgo de infección debido a la alta tasa de vacunación contra la enfermedad y otras como sarampión, parotiditis, rubéola y poliomielitis, según la alerta sanitaria.

En las escuelas, el CDPH dijo que proporcionará una carta a los padres o tutores cuyos hijos hayan estado en contacto con una persona infectada, ayudará a revisar los registros de vacunación de los contactos cercanos, determinará si algún contacto cercano debe quedarse en casa y no ir a la escuela y brindará asesoramiento a estudiantes inmunocomprometidos o personal expuesto a la enfermedad, según la alerta.

Texas ha enviado inmigrantes a varias "ciudades santuario" en autobús desde agosto de 2022 , una medida que, según los críticos, juega a la política con los inmigrantes y pretende abrumar a las ciudades y estados con políticas más indulgentes en materia de inmigración. Sin embargo, los funcionarios de Texas dicen que las comunidades fronterizas luchan por hacer frente al aumento de la migración en los últimos años.

Hubo más de 2,4 millones de encuentros en la frontera entre Estados Unidos y México durante el año fiscal 2023, frente a aproximadamente 1,7 millones en 2021, según datos de la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza (CBP) de Estados Unidos.

El Concejo Municipal de Chicago a principios de este año aprobó 51 millones de dólares en superávit presupuestario de 2021 para brindar atención a los migrantes. La votación dividió a los legisladores demócratas de la ciudad, ya que algunos residentes dijeron que los fondos deberían usarse para abordar la población sin hogar de Chicago o para invertir en su población negra. El dinero se utilizaría para proporcionar alimentos, vivienda y personal para la atención de los inmigrantes.

Alemania

Detectaron tres casos de leishmaniosis cutánea en viajeros provenientes de México

20/12/2023

De abril a agosto de 2023, el Instituto de Salud Internacional de la Universidad Charité de Medicina de Berlín, Alemania, diagnosticó tres casos importados no relacionados de leishmaniosis cutánea en pacientes expuestos en el sureste de México.

Uno de los casos es una mujer de 31 años originaria de Rusia que actualmente reside en Tulum, Quintana Roo, México, que se presentó en el Instituto de Salud Internacional con una lesión cutánea ulcerosa de 2 cm en la rodilla, de 15 semanas de duración, que había sido previamente confirmada como leishmaniosis en México a través de la microscopía. El análisis mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de una biopsia de lesión realizada en el instituto confirmó a *Leishmania mexicana* como agente causal. Inicialmente, se sometió a tratamiento con ketoconazol sistémico; sin embargo, una reevaluación después de tres meses indicó un fracaso del tratamiento. Posteriormente recibió tratamiento adicional con antimoniales perilesionales en México, lo que condujo exitosamente a la curación de la lesión.

El segundo caso se trató de un varón de 23 años originario de Bacalar, Quintana Roo, México quien se encontraba de viaje por Europa. Presentó una lesión eritematosa tipo placa de 3 cm en el oído izquierdo de cuatro semanas de evolución. Antes de buscar atención, se sometió a un tratamiento con itraconazol durante tres semanas, que fracasó. El análisis mediante PCR de una biopsia de la lesión confirmó a *L. mexicana* como agente causal. En la clínica se inició terapia sistémica con miltefosina, con curación parcial. Luego de su regreso a México recibió antimoniales perilesionales que condujeron a la curación.

El tercer caso fue el de una mujer alemana de 33 años presentó un historial de 20 semanas de alteración de la piel después de su viaje a Guatemala, seguido del sur de Chiapas en México (Tapachula) por turismo. La aparición de dos pápulas en su brazo la notó por primera vez en Unión Juárez. El análisis mediante PCR de una biopsia de lesión confirmó a *L. mexicana* como agente causal. Fue tratada con antimoniales perilesionales y actualmente se encuentra en seguimiento postratamiento.

A pesar de que se trata sólo de tres casos de leishmaniosis cutánea americana importada de México, su aparición supone un escalamiento digno de mención en la clínica. Para poner esto en perspectiva, en la clínica solo se habían observado tres casos importados de infección por *Leishmania* provenientes de México desde el año 2000, en los años 2007, 2018 y 2022, respectivamente. En los últimos cinco años, la red GeoSentinel atendió a 23 pacientes con leishmaniosis cutánea adquirida en México, aunque tres de estos pacientes también habían visitado otros países centroamericanos. Cabe destacar que nueve de estos 23 pacientes fueron diagnosticados en los últimos 12 meses.

Este repunte está relacionado con un aumento de casos en la región. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, las tasas de leishmaniosis cutánea reportadas en México en 2022, fueron las más altas jamás reportadas desde 2005. Según datos epidemiológicos locales de 2021 a 2023 de la Secretaría de Salud, México experimentó un crecimiento exponencial en el número de casos de leishmaniosis cutánea reportados. De acuerdo con estos datos, al cierre de 2021, México registró 136 casos, correspondiendo al estado de Quintana Roo 15 de estos. Al año siguiente, el recuento acumulado para 2022 aumentó a 954 casos (775 casos en hombres). El estado de Quintana Roo registró la mayoría con 500 casos (428 casos en hombres). En lo que va de 2023, el número acumulado de casos para el año en México aumentó aún más a 1.128 (958 casos en hombres). Nuevamente Quintana Roo se mantuvo como el estado con mayor número de casos, aportando 791 a la cifra nacional (671 casos en hombres). Esto puede estar vinculado principalmente a cambios ambientales en la región, incluida la construcción y posterior deforestación asociada al proyecto "Tren Maya", algo que explicaría el aumento de casos que afectan desproporcionadamente a los hombres. Además, las autoridades sanitarias mexicanas en Quintana Roo han señalado previamente la construcción del "Tren Maya" como la fuente del brote. Los primeros dos casos del presente informe pueden haber encontrado estos entornos alterados, ya que estaban cerca de áreas del "Tren Maya". Es probable que las alteraciones ambientales contribuyan a un aumento de las enfermedades transmitidas por vectores, ya que alteran los hábitats naturales de los reservorios y los vectores y potencialmente aumentan la exposición humana.

La leishmaniosis cutánea americana causada por *Leishmania mexicana* fue descrita por primera vez en 1912 en la Península de Yucatán en recolectores de árboles de goma (conocidos como chicleros, de ahí los términos coloquiales que se refieren a la leishmaniosis cutánea como "úlcera del chiclero" y al vector flebótomo como "mosca de la goma"). Incluso hoy en día, la leishmaniosis cutánea en México es endémica principalmente en la Península de Yucatán, especialmente en las regiones selváticas de los estados de Campeche y Quintana Roo. La transmisión ocurre entre noviembre y marzo, cuando la alta humedad y las temperaturas más bajas resultan en un mayor número de hembras de flebótomos y la multiplicación del parásito *L. mexicana* en los roedores reservorios. La gran mayoría de los casos ocurren en hombres que se dedican a la agricultura, la caza y otras actividades ocupacionales en los bosques circundantes. El tratamiento continúa basándose en antimoniato de meglumina (Glucantime).

El Tren Maya es un enorme proyecto de infraestructura turística para construir una línea ferroviaria de 1.529 km alrededor de la Península de Yucatán para unir los populares balnearios de Cancún, Playa del Carmen y Tulum con los famosos centros arqueológicos mayas del interior, como Chichén Itzá, Calakmul y Palenque. La parte más controvertida del Tren Maya es la Sección 5, que unirá Cancún con Tulum, porque la línea ferroviaria se ha desviado para atravesar 100 km de selva tropical y correr sobre el río subterráneo más largo del mundo y cientos de cuevas. que contiene ruinas y artefactos mayas.

La mayoría de los nuevos casos de leishmaniosis cutánea ocurren en trabajadores ferroviarios que viven y trabajan en municipios del noreste del estado de Quintana Roo, donde se está construyendo la línea del Tren Maya. Dado el recrudecimiento de esta enfermedad infecciosa reemergente en la selva, el proyecto del Tren Maya está impactando la salud, así como el ambiente natural y el patrimonio cultural de la población local.

Filipinas

Dramático incremento en los casos y muertes por tos convulsa en 2023

21/12/2023

Funcionarios de salud de Filipinas informaron de un aumento significativo en los casos de tos convulsa: en 2023, hasta el 11 de noviembre, las autoridades reportaron 622 casos. Se trata de un aumento de 1.495% en comparación con los 39 casos reportados durante el mismo período en 2022.

Las regiones de Davao y SOCCSKSARGEN reportaron la mayor cantidad de casos y el mayor aumento porcentual en el país, con 167 y 126 casos, respectivamente; estas regiones habían reportaron uno y dos casos el año pasado.

Además, se han reportado 46 muertes por tos convulsa hasta el 11 de noviembre, frente a dos muertes el año pasado a la misma fecha, un aumento de 2.200%.

En abril, la Dra. Anna Ong-Lim, jefa de la Sección de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Departamento de Pediatría del Hospital General de Filipinas, dijo que el país es uno de los que registra el menor número de niños que han recibido o completado su vacunación de rutina.

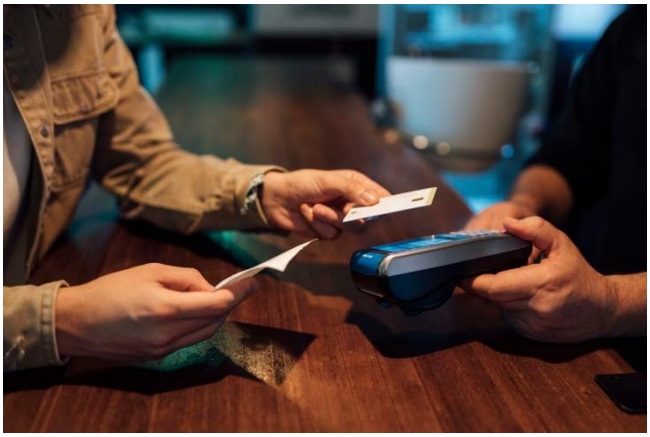
En 2020, Filipinas fue uno de los países que tenía más niños que no habían recibido ninguna dosis de la vacuna triple bacteriana, contra la difteria, la tos convulsa y el tétanos.

Ese año, 17 millones de niños no habían recibido ninguna dosis de la vacuna triple bacteriana, los que vivían, además de en Filipinas, en Angola, Brasil, Etiopía, India, Indonesia, México, Nigeria, Pakistán y República Democrática del Congo.

La cobertura mundial de inmunización cayó de 86% en 2019 a 81% en 2021. Para lograr la inmunidad colectiva, el objetivo del país es vacunar a 90% de los niños contra enfermedades infantiles prevenibles con vacunas como la tos convulsa, la difteria, el sarampión, la poliomielitis y el tétanos, entre otras.

La tos convulsa es una enfermedad altamente contagiosa causada por la bacteria *Bordetella pertussis*, que se transmite por contacto directo con las secreciones respiratorias de personas infectadas.

Los síntomas clásicos de la tos convulsa incluyen una tos paroxística (comúnmente seguida de un sonido agudo como un estridor) y náuseas o vómitos posteriores al acceso de tos. Puede causar enfermedades graves y poner en peligro la vida, especialmente en los bebés. Aproximadamente la mitad de los bebés menores de 1 año con tos convulsa requieren hospitalización.



Lo ocurrido este pasado mes de septiembre en Bordeaux (Francia) se parece mucho a la peor pesadilla que puede vivir un responsable de investigación epidemiológica. Una ciudad con decenas de miles de turistas. Una intoxicación alimentaria mortal en un concurrido restaurante. La necesidad de identificar rápido a los clientes, muchos de ellos ya de vuelta en sus países. Y el reloj corriendo en contra, porque el botulismo empieza con síntomas inespecíficos –fatiga, náuseas…–, pero la toxina que lo causa avanza pronto hasta paralizar los músculos que permiten a la persona respirar.

La solución estaba en las tarjetas de crédito. "Hace años, en una situación como esta, la única alternativa era hacer una gran campaña de comunicación a través de los medios, en este caso internacionales, para alertar a los posibles afectados de que buscaran atención médica urgente. Lo que no siempre era posible y tenía el riesgo de alarmar en exceso a la población. El uso de las tarjetas de crédito para identificar con urgencia a los afectados, dentro de los cauces previstos por la ley, demostró ser clave en este caso", explicó Pere Godoy García, profesor titular de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad de Lleida.

Los investigadores pudieron actuar con gran precisión. El rastro de las tarjetas permitió saber quién había pagado con ellas en el restaurante. Y las cuentas abonadas señalaron, además, en qué mesas se habían consumido las sardinas caseras en conserva causantes del brote. Con esta información –que solo dejaba fuera a la minoría de clientes que pagaron en efectivo, ninguno de los afectados en este caso–, fueron rápidamente contactados 29 potenciales afectados, de ocho nacionalidades. Los investigadores se encontraron con que 12 ya estaban identificados (hospitalizados o porque una había fallecido), mientras otros 14 estaban fuera de peligro porque no habían probado el plato.

A tres de ellos, sin embargo, las gestiones hechas les salvaron probablemente la vida. Se trata de tres ciudadanos británicos que, de regreso en su país, habían empezado a sentirse mal sin conocer el motivo. Tras ser avisados, acudieron a un centro hospitalario donde les fue administrado el antídoto contra la toxina botulínica. El operativo, sin embargo, llegó tarde para la mujer de 32 años residente en París, que falleció a causa de la intoxicación. Fue la única que no pudo recibir a tiempo la antitoxina botulínica.

"Este brote de botulismo transmitido por alimentos en Francia pone de relieve la eficacia del uso de datos de tarjetas de crédito para identificar rápidamente a las personas expuestas y prevenir posibles casos graves", expone en sus conclusiones un reciente artículo que describe la respuesta al brote. Los autores destacan el valor de esta herramienta en situaciones como las que vivía a principios de septiembre Bordeaux, donde, además de los turistas habituales, se habían concentrado miles de aficionados al rugby porque el día 9 se celebraba en la ciudad el partido Irlanda-Rumania del mundial de este deporte, organizado este año en Francia.

La investigación también subraya la importancia de redes de colaboración internacional eficientes, particularmente en reuniones masivas en las que personas de muchos países pueden quedar expuestas, como ocurrirá en los próximos Juegos Olímpicos que acogerá París (Francia) en el verano de 2024.

En total, 15 personas originarias de siete países resultaron afectadas por este "brote sin precedentes", según el estudio. Trece clientes del local fueron hospitalizados, de los que seis requirieron ventilación mecánica invasiva. Los investigadores destacan otro hecho clave que ayudó a que el brote no fuera más grave: "Varias personas informaron de que el plato de sardinas tenía mal sabor y olor".

Emilio José Salgado García, de la Unidad de Toxicología del Servicio de Urgencias del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, considera que esto hizo que "muchos clientes comieran poca cantidad del plato o rechazaran probarlo, lo que con seguridad evitó una tragedia mayor". Este especialista atendió en la capital catalana a uno de los afectados, un irlandés de 33 años que vive en Barcelona y que había acudido a Bordeaux a ver el partido de rugby.

Reino Unido fue el país con más afectados, con cuatro casos. Le siguen Irlanda y Canadá (tres cada uno), Estados Unidos (dos) y Francia, Alemania y Grecia (uno por país). La mediana de edad de los pacientes fue de 36 años –el más joven tenía 30 y el mayor 70 años– y de ellos ocho eran hombres y siete mujeres.

La alerta por el brote saltó el 10 de septiembre de 2023, cuando el Hospital de Bordeaux informó a las autoridades de salud pública sobre tres casos sospechosos de botulismo. Todos habían comido en el mismo restaurante: el Tchin Tchin Wine Bar, a orillas del río Garonne, en el centro de la ciudad. Las investigaciones iniciadas sobre varios alimentos apuntaron a unas sardinas marinadas en aceite y hierbas aromáticas elaboradas en el propio establecimiento el día 1 de septiembre y servidas hasta el mismo día 10 de ese mes. Como estos primeros casos eran de distintas nacionalidades, el brote adquirió desde el inicio una dimensión internacional.

El botulismo es causado por las toxinas que producen bacterias del género *Clostridium*, la más habitual de ellas es *Clostridium botulinum*. Este microorganismo está muy presente en el ambiente, pero es especialmente peligroso cuando contamina alimentos, generalmente conservas. Los síntomas empiezan a manifestarse entre 12 y 36 horas tras su consumo y la mortalidad recogida en la literatura científica oscila entre 3% y 10% de los afectados.

Salgado García destacó la necesidad de un rápido diagnóstico. "El inicio de los síntomas puede dar pocas pistas de lo que está ocurriendo. Nuestro paciente decía que le costaba tragar y fue derivado a especialista para que estudiara la garganta. No vio signos de infección, pero sin un diagnóstico claro prefirió dejarlo en observación. Afortunadamente, porque a las pocas horas los problemas fueron más y empezó a ver doble. Estas y otras señales nos ayudaron a sospechar del botulismo antes de que llegara la alerta internacional", explicó este especialista.

Las primeras horas son clave porque, sin tratamiento, la toxina va inutilizando los músculos de la función respiratoria y el paciente puede morir ahogado si no recibe soporte vital y el antídoto que revertirá los efectos de la toxina, añadió Salgado García.

Nuevas tecnologías, *big data* y epidemiólogos

Los autores del estudio destacan la importancia que el uso intensivo de las nuevas tecnologías y el llamado *big data* puede adquirir en una crisis de salud pública, en ocasiones como en Bordeaux, con notable efectividad y en otras, como las aplicaciones de rastreo de contactos ensayadas durante la pandemia, con menos éxito. Pero también pone en evidencia cuestiones éticas y los límites que las leyes de protección de datos imponen en estos casos.

En este caso, y “dada la gravedad del botulismo, las compañías de tarjetas de crédito cooperaron plenamente con las autoridades sanitarias y se pusieron en contacto con los clientes identificados para obtener su aprobación antes de enviarles sus datos de contacto”, expuso el trabajo. “Esto permitió contactar y derivar urgentemente a tres ciudadanos británicos sintomáticos que desconocían su enfermedad a una unidad de emergencia para la rápida administración de la antitoxina botulínica. Cuando se reconoció el brote, la mayoría de las personas expuestas ya habían regresado a sus países de origen; sin embargo, todas fueron identificadas a través de compañías de tarjetas de crédito y se les proporcionó un contacto de emergencia de salud pública”, añade el texto.

Fernando García López, del Grupo de Trabajo de Ética y Protección de Datos de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), destacó las “cuestiones éticas y legales que supone el uso de datos personales que en condiciones habituales no deberían ser utilizados para otros fines, pero que, en determinadas circunstancias, puede estar justificado recurrir a ellos con el objetivo de salvaguardar un bien superior, como es la salud”.

El hecho de que la única persona a la que no se pudo contactar a tiempo falleciera revela, según este experto, “el enorme potencial de estas herramientas, pero esto es algo que debe hacerse siempre dentro de los cauces legales previstos por las leyes de protección de datos para que no se vean vulnerados otros derechos igualmente fundamentales”.

PRIMERA MUERTE POR MPOX EN EL PAÍS

19/12/2023

La primera muerte, debido a la mpox, se informó en Pakistán, un hombre de 40 años que estaba recibiendo tratamiento en el Instituto de Ciencias Médicas de Pakistán (PIMS) de Islamabad, según funcionarios del hospital.

Los funcionarios del PIMS revelaron que el paciente, que padecía varias infecciones, incluidos el VIH y la mpox, murió el 17 de diciembre por la mañana.

Es pertinente mencionar aquí que la persona fallecida había regresado de Arabia Saudí y estuvo bajo atención médica durante el último mes y medio.

En octubre, se notificaron en Pakistán un total de cinco casos sospechosos de mpox, en pasajeros que llegaron a Karachi procedentes de Masqat, y fueron diagnosticados en el Aeropuerto Internacional Jinnah. Dichos viajeros habían llegado al aeropuerto de Karachi en un vuelo de una aerolínea extranjera.

El Departamento de Salud de Sindh dijo que los pacientes sospechosos serán trasladados al hospital de enfermedades infecciosas.

Se había informado un diagnóstico de mpox en un hombre de 40 años del distrito de Mardan, provincia de Khyber Pakhtunkhwa, el 31 de octubre de 2023. Ese caso tenía antecedentes de viajes a Arabia Saudí en el pasado. Sin información y verificación adicionales, no se puede saber con claridad si el caso fatal de mpox, mencionado en el informe actual, y la persona de 40 años a la que se le diagnosticó mpox anteriormente es el mismo individuo. Sin embargo, el caso parece ser el primer caso fatal de mpox reportado en Pakistán, el que también era VIH positivo.

Los síntomas de mpox generalmente comienzan dentro de las tres semanas posteriores a la exposición al virus. Si alguien presenta síntomas similares a los de la gripe, generalmente desarrollará una erupción entre 1 y 4 días después. Una persona con mpox puede transmitirlo a otras personas desde el momento en que aparecen los síntomas. Nuevos datos muestran que algunas personas pueden transmitir la mpox a otras entre 1 y 4 días antes de que aparezcan los síntomas.

Más de 360.000 casos de enfermedades infecciosas entre los refugiados en Gaza

20/12/2023

Más de 360.000 casos de enfermedades infecciosas han sido detectados entre los 1,4 millones de desplazados que se refugian en instalaciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en Gaza, a causa de las malas condiciones higiénicas y la falta de alimentos.

Meningitis, varicela, hepatitis y otras enfermedades respiratorias, cutáneas y de otros tipos han sido identificadas entre estos desplazados en centros de la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA), indica el documento.

En él se denuncian una vez más intensos ataques a instalaciones sanitarias de toda Gaza, convertidas en muchas ocasiones en principales escenarios de combates ya que las fuerzas israelíes acusan al Movimiento de Resistencia Islámica (Hamás) de utilizarlas como refugio de sus milicias armadas e incluso como centros de operaciones.

El informe recuerda que el 18 de diciembre el Hospital Al-Awda en la localidad septentrional de Jabalia, tras dos semanas de asedio, fue objeto de una redada por parte de soldados israelíes que detuvieron, desnudaron, ataron e interrogaron a numerosos internos, incluidos pacientes, médicos y refugiados, algunos menores de edad.

La mayoría fueron llevados de vuelta al hospital, pero al menos seis personas, incluido el director del centro, siguen privados de libertad, de acuerdo con informaciones de Médicos Sin Fronteras (MSF).

El 19 de diciembre, otra redada similar esta vez en el Hospital Al-Ahli, en la capital gazatí, se saldó con la detención de varios médicos y pacientes, así como con la destrucción de la principal entrada a las instalaciones.

Las proximidades del Hospital Al-Yaman as-Shaeed de Jabalia también sufrieron en los últimos días intensos ataques con proyectiles y armas de fuego, añadió el informe.

Sólo nueve de los 36 hospitales de Gaza funcionan parcialmente, todos ellos en la mitad sur de la Franja, mientras que en el norte cuatro centros brindan servicios extremadamente limitados a pacientes, sin poder admitir nuevos.

La ONU recordó que Gaza sufre desde hace seis días un corte en sus telecomunicaciones y servicios de internet (aunque hubo una reapertura parcial el 18 de diciembre en la mitad sur), lo que dificulta las operaciones de emergencia y el acceso a información sobre el desarrollo del conflicto.

Estudios del Programa Mundial de Alimentos (PMA) de la ONU muestran que la mitad de la población de Gaza está en situación de hambre severa o extrema, y que 90% de los gazatíes pasan días enteros sin comer.

Un brote de cólera complica la crisis causada por la epidemia de carbunco

20/12/2023

Zambia, que ya enfrenta su peor epidemia de carbunco en más de una década, registró nuevas muertes causadas por el cólera, según informaron el 19 de diciembre las autoridades sanitarias del país del sur de África.

Cuatro personas murieron de cólera en la capital, Lusaka, en 24 horas, elevando a 64 el número de víctimas de esta infección en todo el país desde principios de año.

Según el Instituto Nacional de Salud Pública de Zambia, 46 de estas muertes se registraron en la capital, así como 1.600 infecciones durante el mismo período.

El cólera, una infección diarreica aguda causada por el consumo de alimentos o agua contaminados con la bacteria *Vibrio cholerae*, está aumentando en el continente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La ministra de Salud, Sylvia T. Masebo, dijo que el gobierno estaba distribuyendo cloro para purificar el agua en las zonas afectadas por el brote y llamó a la población a respetar estrictas medidas de higiene.

Estas nuevas muertes se producen días después de que la OMS anunciara que el país enfrentaba su peor brote de carbunco desde 2011. Desde principios de año, el carbunco se cobró cuatro vidas y se registran 700 casos sospechosos en el país, según la OMS.

La bacteria *Bacillus anthracis*, que sobrevive durante décadas en forma de esporas en tierras donde en el pasado fueron enterrados animales que murieron de carbunco o portaron la enfermedad, es transmisible al hombre y es potencialmente fatal en sus formas más raras.

Según la OMS, 26 de los casos sospechosos en Zambia se deben al “consumo de carne obtenida de los cadáveres de tres hipopótamos”. La organización advirtió sobre un riesgo “elevado” de que la epidemia de carbunco se propague a los países vecinos, dados “los frecuentes movimientos transfronterizos de poblaciones y animales”.

Además de Zambia, Kenya, Malawi, Uganda y Zimbabwe también han registrado casos de carbunco este año, con un total de 20 muertes y unos 1.100 casos sospechosos.

A pesar de que, en la actualidad, las enfermedades no transmisibles suponen una importante causa de mortalidad en las personas con el VIH de Zimbabwe, es menos probable que se les diagnostique una de estas patologías a dichas personas, en comparación con la población general. Además, muchos centros sanitarios del país carecen del equipo básico necesario para llevar a cabo las pruebas de detección, según las conclusiones de un reciente estudio.

La introducción y expansión mundial de la terapia antirretroviral se ha traducido en una mayor esperanza de vida para las personas con el VIH. En los países de ingresos bajos y medios que reciben apoyo del Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR), se ha observado que la proporción de personas mayores de 50 años en tratamiento antirretroviral aumentó de 11% en 2017 a 21% en 2021. En Zimbabwe, en concreto, 54% de las personas con el VIH tiene ahora 40 años o más.

Se constató la presencia relevante de enfermedades no trasmisibles como causa de muerte en la población con el VIH de dicho país africano. En consecuencia, un equipo de investigadores de la AIDS Healthcare Foundation decidió llevar a cabo un estudio a partir de los datos de los pacientes en la clínica del VIH Mpilo Centre of Excellence en Harare, la capital de Zimbabwe, con el objetivo de conocer las causas y determinantes clínicos de mortalidad por enfermedades no transmisibles en personas con el VIH.

La clínica atendió a 10.507 personas con el VIH de enero a diciembre de 2022. Se produjeron 129 fallecimientos, lo que supuso una tasa de mortalidad de 13 muertes cada 1.000 personas con el VIH ese año. La mediana de edad de los fallecidos era de 44 años, repartida por igual entre hombres y mujeres.

La mayor parte de las personas fallecidas habían recibido tratamiento antirretroviral (63%). En el momento de la muerte, 55% presentaba una carga viral inferior a 50 copias/mL, mientras que 34% tenía una carga viral superior a 1.000 copias/mL. La mayoría de ellas (74%) estaba utilizando un régimen antirretroviral de primera línea basado en dolutegravir.

Las principales causas de muerte en estas personas fueron la tuberculosis (21%), la insuficiencia renal (14%), los cánceres (14%) y la meningitis (10%). Según uno de los investigadores, el cáncer de cuello de útero era la principal causa de muerte por cáncer.

Entre las personas que no recibían tratamiento antirretroviral, 79% presentaba una enfermedad por el VIH avanzada y 74% tenía un recuento de CD4 inferior a 200 mL/mm³. La principal causa de muerte en estas personas fue la tuberculosis (48%), seguida de la meningitis (25%) y el ictus (6%). De las 21 personas que murieron por enfermedades no transmisibles, 67% tenían una carga viral igual o inferior a 50 copias/mL.

Ante la emergencia de las enfermedades no transmisibles como causa importante de mortalidad, en otro estudio de Zimbabwe se comparó la carga de hipertensión y diabetes en personas mayores de 40 años en tratamiento antirretroviral y en la población general.

Se desarrolló un proyecto de detección de enfermedades no transmisibles en Bulawayo y un suburbio de Harare. En el programa para implementar el proyecto, se formó a los trabajadores

sanitarios en la integración de la detección de la hipertensión y la diabetes entre las personas con el VIH y los adultos de la población general con riesgo de padecer estas enfermedades.

A lo largo de nueve meses, a un total de 69.936 personas se les realizaron pruebas de detección de hipertensión y diabetes mellitus. De ellas, 63% procedía de la población general, mientras que el 37% restante eran personas con el VIH.

En ambos grupos, cuatro de cada diez adultos a los que se realizó la detección eran hipertensos (40% de las personas con el VIH mayores de 40 años y 44% de las personas mayores de 40 años de la población general). La diabetes mellitus era menos prevalente, ya que sólo 0,7% de las personas con el VIH y 1,1% de la población general tenían diagnosticada esta enfermedad.

Pero existían diferencias significativas en cuanto al diagnóstico previo. Mientras que 23% de la población general había sido diagnosticada previamente de hipertensión, sólo 14% de las personas con el VIH habían recibido un diagnóstico por esa enfermedad antes de este estudio. De modo similar, mientras que 5% de las personas analizadas de la población general habían sido diagnosticadas con anterioridad de diabetes, únicamente 2% de las personas con el VIH tenían un diagnóstico previo por esta patología.

Estos resultados ponen de relieve la necesidad de mejorar la disponibilidad de herramientas de detección de enfermedades no transmisibles en los centros de tratamiento del VIH. Aunque actualmente se invita a los pacientes a acudir a clínicas especializadas para realizarse pruebas de detección de otras enfermedades, los tiempos de desplazamiento y otros obstáculos disuaden a muchos de acudir.

A modo de ejemplo, un médico de la clínica Newlands de Harare compartió los resultados de los 100 primeros pacientes analizados desde octubre de 2022 en su nueva clínica integrada de VIH y geriatría. En este centro, todos los pacientes de 65 años o más que recibieron atención rutinaria del VIH fueron evaluados por un equipo multidisciplinar en una valoración geriátrica integral de 90 minutos, que incluyó riesgo cardiovascular, salud mental, cognición, nutrición, riesgo de fracturas y síndromes geriátricos como caídas y fragilidad.

Se observó una alta prevalencia de enfermedades no transmisibles, registrándose 80% de personas con hipertensión, 20% con diabetes y 43% con enfermedad renal crónica. La mediana del número de comorbilidades y comedicaciones entre las personas que acudieron al centro fue de tres y cuatro, respectivamente.

La clínica integrada identificó varios problemas no reconocidos previamente y 86% de las personas que acudieron recibieron intervenciones durante la visita. Entre estas intervenciones, 76% de las personas recibieron nuevos diagnósticos, como deterioro cognitivo (21%), depresión o ansiedad (26%), osteoporosis (18%), deficiencia de vitamina B12 que requiere tratamiento (55%) y cáncer de próstata en tres hombres.

Finalmente, se puso de relieve la ausencia importante de equipos básicos de detección en diferentes centros sanitarios de Zimbabwe. No se puede decir que se ofrece una atención integral en 2023 cuando se dirige una clínica de infecciones oportunistas sin tensiómetro y sin capacidad para medir el azúcar en sangre. Resulta injusto, poco ético y casi delictivo. Por otra parte, se deberían realizar pruebas de detección de cánceres comunes y proporcionar también servicios de salud mental.

Afganistán
- Se notificaron seis casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) en 2023.
- Esta semana se notificaron siete muestras ambientales positivas para WPV1 en Nangarhar (4 muestras), Kandahar (1), Kunar (1) y Zabul (1).

Argelia
- Se notificaron tres casos de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) en 2022.

Benín
- Se notificaron 13 casos de cVDPV2 en 2022, y tres casos en 2023.

Botswana
- Se notificaron cinco muestras ambientales positivas para cVDPV2 en 2022, y dos en 2023.

Burkina Faso
- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2023.

Burundi
- Se notificaron un caso de cVDPV2 en 2022, y otro en 2023.

Camerún
- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2022.
- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Centre.

Canadá
- En agosto de 2022 se aisló cVDPV2 de dos muestras ambientales de una gran planta de tratamiento de aguas residuales y un sitio objetivo en la ciudad de Montreal, Quebec, luego de que el país realizara un análisis retrospectivo de muestras de aguas residuales. La secuenciación genética confirmó que está relacionado con un caso de cVDPV2 de New York, Estados Unidos.

Chad
- Esta semana se notificaron cinco casos de cVDPV2 en N'Djamena, Moyen Chari, Mayo Kebbi Est, Ouaddai y Batha, lo que elevó a 50 el total de casos en 2023.

Côte d'Ivoire
- Se notificaron cinco casos de cVDPV2 en 2023.
- Esta semana se notificaron dos muestras ambientales positivas para cVDPV2 en Abidjan 1.

Djibouti
- Se notificaron 11 muestras ambientales positivas para cVDPV2, la más reciente el 22 de mayo de 2022.

Egipto
- Se notificaron seis muestras ambientales positivas para cVDPV2 en 2023.

Eritrea
- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2022.

Estados Unidos
- Se notificó un caso de cVDPV2 en New York en septiembre de 2022.
- Se notificaron 30 muestras ambientales positivas para cVDPV2 en 2022.

Etiopia
- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2022.

Ghana
- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2022.

Guinea
- Se notificaron 21 casos de cVDPV2 en 2023.

Indonesia
- Se notificaron tres casos de cVDPV2 en 2023, y un caso en 2022.

Israel
- Se notificó un caso de cVDPV2 en 2023.

Kenya
- Se notificaron ocho casos de cVDPV2 en 2023.

Madagascar
- Se notificaron 24 casos de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) en 2023.

Malawi
- En 2022 se reportó un caso de WPV1 correspondiente al año 2021.
- Se notificaron cuatro casos de cVDPV1 en 2022.

Mali
- Se notificaron nueve casos de cVDPV2 en 2023, y dos en 2022.

Mozambique
- Se notificaron ocho casos de WPV1 en 2022.
- Se notificaron tres casos de cVDPV1 en 2023, y 22 casos en 2022.
- Se notificaron cuatro casos de cVDPV2 en 2022.

Nigeria
- Esta semana se notificaron cinco casos de cVDPV2, en Kaduna, Kebbi, Zamfara, Sokoto y Abia, elevando a 62 el total de casos de 2023.

Pakistán
- Se notificaron seis casos de WPV1 en 2023.

- Esta semana se notificaron seis muestras ambientales positivas para WPV1: en Baluchistán (3 muestras), Khyber Pakhtunkhwa (2) y Sindh (1).

Reino Unido
- En mayo de 2022 se informaron seis muestras positivas luego del aislamiento del poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (VDPV2) de muestras ambientales en Londres.
- No se han detectado casos de parálisis asociados con esta cepa; el virus solo se ha aislado de muestras ambientales (aguas residuales).

República Centroafricana
- Se notificaron seis casos de cVDPV2 en 2022, y 14 en 2023.

República del Congo
- Se notificó un caso de cVDPV1 en 2022.

República Democrática del Congo
- Esta semana se notificaron tres casos de cVDPV1, en Haut Lomami (2) y Haut Uele (1). Se han reportado 95 casos en 2023, y 150 en 2022.
- Esta semana se notificaron seis casos de cVDPV2 en Kasaï (2), Kasaï Oriental (1), Kinshasa (1), Haut Katanga (1) y Tshopo (1). Se han reportado 116 casos en 2023.
- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Kinshasa.

Somalia
- Se informaron cinco casos de cVDPV2 en 2023, y cinco en 2022.
- Esta semana se informaron dos muestras ambientales positivas para cVDPV2 en Banadir.

Sudán
- Se informó un caso de cVDPV2 en 2022.

Tanzania
- Se notificaron dos casos de cVDPV2 en 2023.

Yemen
- Se informaron tres casos de cVDPV2 en 2023, y 162 casos en 2022.

Zambia
- Se informó un caso de cVDPV2 en 2023.

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.