



Reporte Epidemiológico de Córdoba

2 DE JUNIO
2021
REC 2.454

ARGENTINA

- Avanza la vacunación contra la influenza y el neumococo
- Vigilancia de bronquiolitis en menores de 2 años
- Santa Fe: Aumentó la incidencia de casos de dengue

AMÉRICA

- América Latina: El cigarrillo causa más de 960 muertes diarias en la región

- Brasil: Alta mortalidad por histoplasmosis en personas con VIH en la Amazonia

- Estados Unidos: Brote de salmonelosis vinculado al contacto con aves de corral de traspatio

- Estados Unidos: Reportan un caso de rabia canina en Detroit, el primero desde 2011 en Michigan

- Haití: El UNICEF advirtió que se duplicará el número de niños con desnutrición aguda grave

- Perú: Los muertos por COVID-19 son más de 180.000

EL MUNDO

- China: Primer caso humano conocido de infección por el virus A(H10N3) de la influenza aviar

- India: Primera muerte por síndrome de encefalitis aguda del año en Muzaffarpur

- República Democrática del Congo: Brote de cólera en un campamento de desplazados por la erupción de un volcán

- Uganda: Reportan una muerte por fiebre del Valle del Rift en Mbarara

- Vietnam: Una supervariante del SARS-CoV-2 obligó a cancelar vuelos y endurecer restricciones

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

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

Adherentes



Comité Nacional
de Infectología
SAP



Rev. Panam. de
Enf. Infecciosas



Vacunas
SADI 2019

GEMICOMED
seimc.org





AVANZA LA VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA Y EL NEUMOCOCO

29/05/2021

Con el fin de disminuir complicaciones graves y hospitalizaciones relacionadas con las enfermedades respiratorias, todas las personas que tienen condiciones de riesgo deben vacunarse contra la influenza e iniciar o completar el esquema de la vacuna contra el neumococo. Las vacunas se encuentran disponibles en todos los vacunatorios y centros de salud del país y son gratuitas para los grupos de riesgo.



“El año pasado la vigilancia de laboratorio evidenció que el SARS-CoV-2 desplazó la circulación de los otros virus respiratorios y casi no circuló el virus de la influenza, pero este año creemos que sí lo hará”, advirtió la ministra de Salud de la Nación, Carla Vizzotti.

En ese sentido, la funcionaria enfatizó que “es de vital relevancia que las personas que integran los grupos de riesgo sepan que el Estado nacional ya distribuyó 5.602.240 dosis de vacuna antigripal a las jurisdicciones para avanzar con la vacunación antes de la llegada de los fríos más intensos y proteger a los más vulnerables de complicaciones graves y de esta manera no sobrecargar aún más el sistema de salud que se encuentra en tensión por la atención de los pacientes de la COVID-19”.

La vacuna antigripal está indicada para el personal de salud, los mayores de 65 años, gestantes y puérperas, niños de 6 a 24 meses y personas de 2 a 64 años con distintas condiciones como obesidad, diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades cardíacas, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, pacientes oncohematológicos, trasplantados o personas con insuficiencia renal crónica en diálisis.

Al momento, el avance de meta arroja que en todo el país ya se aplicó la vacuna antigripal 36,2% del personal de salud, 11,2% de las embarazadas, y 11,2 % de los niños de entre 6 meses y dos años tienen la primera dosis y 6,1% el esquema completo con la segunda dosis.

En tanto, la vacuna que protege contra el neumococo –que puede producir enfermedades graves como neumonía y meningitis–, también está disponible de manera gratuita para los menores de 2 años, los adultos mayores de 65 años, y aquellas personas con trastornos en su sistema inmunológico o enfermedades crónicas respiratorias, cardíacas, renales, hepáticas y diabetes, entre otras, que integran los grupos de riesgo.

Recomendaciones importantes para la vacunación en el contexto de la pandemia

- La vacuna contra la influenza y el neumococo se pueden aplicar en forma simultánea con otras vacunas del Calendario Nacional de Vacunación.
- La recomendación actual de los especialistas es respetar un intervalo mínimo de 14 días entre la aplicación de la dosis de vacuna contra la COVID-19 y cualquier otra vacuna.
- En el caso de contar con turno asignado para vacunarse contra la COVID-19, se debe priorizar dicha aplicación por sobre la inmunización contra la influenza o el neumococo.
- Con el fin de minimizar los riesgos en el marco de la segunda ola de COVID-19 que afecta a Argentina, aquellas personas que se acerquen a los centros de salud para la vacunación deben usar adecuadamente el barbijo y respetar el distanciamiento físico para evitar aglomeraciones.
- También se solicita llevar el carnet de vacunación (o el de sus hijos), para que el vacunador pueda chequearlo.

En la actualidad, lograr coberturas de vacunas del Calendario Nacional de Vacunación representa un enorme desafío para los equipos de salud de todo el país, ya que en este año la vacunación se desarrolla en forma simultánea con el plan de vacunación contra la COVID-19.

27/05/2021

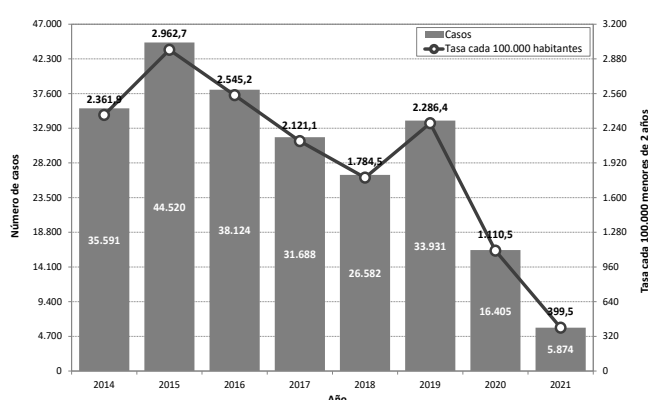
Provincia/Región	2014/2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	12.098	2.420,04	461	560,60	30	37,08
Buenos Aires	74.695	2.153,76	4.433	778,24	1.293	229,76
Córdoba	9.201	1.301,96	431	364,25	227	191,98
Entre Ríos	5.263	1.975,80	520	1.168,67	186	418,88
Santa Fe	5.622	871,92	363	337,99	47	44,03
Centro	106.879	1.913,38	6.208	673,27	1.783	195,28
Mendoza	5.796	1.434,24	826	1.234,13	413	622,09
San Juan	8.228	5.138,27	657	2.457,66	407	1.521,21
San Luis	1.417	1.455,39	207	1.260,84	120	726,30
Cuyo	15.441	2.333,85	1.690	1.535,24	940	857,15
Chaco	10.301	3.795,53	1.385	3.066,49	755	1.685,42
Corrientes	3.681	1.508,85	475	1.169,25	36	89,34
Formosa	5.548	4.041,86	361	1.583,22	2	8,85
Misiones	5.503	1.892,44	341	708,19	255	534,17
Noreste Argentino	25.033	2.653,46	2.562	1.634,53	1.048	674,29
Catamarca	1.352	1.644,70	202	1.469,13	58	422,80
Jujuy	7.454	4.650,37	652	2.432,51	154	575,94
La Rioja	1.620	2.098,45	308	2.341,78	200	1.505,23
Salta	15.959	4.846,11	1.665	3.038,06	648	1.188,45
Santiago del Estero	13.748	6.465,41	1.137	3.165,30	118	327,09
Tucumán	13.018	3.617,02	894	1.485,60	506	842,60
Noroeste Argentino	53.151	4.351,09	4.858	2.374,29	1.684	823,89
Chubut	1.457	1.190,54	171	834,96	44	214,82
La Pampa	1.149	1.749,57	161	1.472,26	91	834,33
Neuquén	2.304	1.665,66	171	751,65	105	467,10
Río Negro	2.730	1.890,95	358	1.484,12	146	606,24
Santa Cruz	1.587	2.069,40	127	973,81	21	158,73
Tierra del Fuego	632	1.945,29	99	1.757,44	12	207,11
Sur	9.859	1.700,04	1.087	1.121,05	419	432,07
Total Argentina	210.363	2.339,34	16.405	1.100,66	5.874	397,02

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de dos años, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2021, hasta semana epidemiológica 16. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2021, hasta la semana epidemiológica (SE) 16, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 5.874 casos. La tasa de incidencia de este período equivale a 36,07% de la correspondiente a igual intervalo de 2020. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia que en idéntico período del año 2020.

Asimismo, la incidencia del año 2021, hasta la SE 16, equivale a 16,97% de la correspondiente a igual intervalo en el periodo 2014/2019. Todas las jurisdicciones del país presentan una menor incidencia que en idéntico periodo del periodo 2014/2019.

En base a los datos de las primeras 16 semanas de los últimos ocho años, se observa el mayor número de casos en el año 2015, a partir del cual se observa un descenso paulatino y continuo en las notificaciones en los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto del año previo y con un número inusualmente bajo registrado hasta el momento en 2021.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2014-2021, hasta semana epidemiológica 16. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Un reciente [trabajo](#) determinó que, a partir de 2009, la incidencia del dengue en la provincia de Santa Fe está aumentando y que los brotes de casos son cada vez más frecuentes, con un foco en el departamento General Obligado.

El estudio consta de un diagnóstico de la situación del dengue en la provincia en un transcurso de más de 10 años, desde 2009 a mediados de 2020. A través del mismo se realizó un análisis espacial-temporal de los casos de dengue, mediante lo cual se pudieron detectar los brotes que se produjeron en la provincia.

Hubo cuatro brotes importantes de dengue, en 2009, 2016, 2019 y 2020. Se pudo observar que la incidencia fue aumentando, y también que los brotes se hicieron más frecuentes. Además, se pudo detectar que el departamento General Obligado fue el más afectado de todos pero también Castellanos, San Cristóbal y San Martín.



La crisis climática, una causa posible

Una de las razones por las cuales el departamento General Obligado es uno de los más afectados, puede ser la ubicación geográfica, al ser la vía de acceso a los países donde la circulación del virus Dengue se produce todo el año, como Brasil, Paraguay y Bolivia.

En el norte de la provincia hay más probabilidades de que llegue una persona del norte del país –como Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones–, en etapa de viremia. En general, en Argentina se empiezan a detectar casos de dengue después de las festividades de fin de año, y quizás por eso se lo asocia más al turismo que a otro tipo de movilidad, aunque también puede deberse a razones de trabajo.

Sin embargo, la movilidad de personas no es el único factor que influyó en el importante brote de dengue que se registró en 2020, y que dejó cinco muertes en la provincia.

La relación entre crisis climática y dengue es algo que se está observando a nivel mundial. La circulación del virus Dengue es propia de países intertropicales, pero en las últimas décadas se está expandiendo a zonas subtropicales y templadas como la provincia de Santa Fe.

La relevancia de este trabajo consiste en mostrar cómo llegó la emergencia por dengue a una zona templada. Esto se debe principalmente a la ampliación de la distribución mundial del mosquito vector, que debido a los cambios que se están produciendo en el clima ahora encuentra condiciones propicias en zonas subtropicales como la de Santa Fe.

El brote que repercutió en Argentina el año pasado se debe a que en 2019 la mayoría de los países de Centroamérica registraron brotes históricos. Además, el avance desordenado de la población hace que los barrios avancen sin los servicios básicos, lo que propicia ambientes donde se generen criaderos de mosquitos. Allí radica la importancia de la educación y la comunicación.

La prevención como cura

Es muy difícil pronosticar cuándo será el próximo brote pero lo que este estudio muestra son tendencias y llamados de atención acerca de donde se debe poner el foco en la prevención. Argentina tiene la gran ventaja de que la enfermedad no es endémica, y en los períodos en los que el virus no circula, se puede hacer una gran prevención y en caso de que el virus ingrese tenga las menores probabilidades de propagarse. Pero lo mejor es eliminar al mosquito mediante el descacharrado y la eliminación de todos los criaderos.

Otro dato importante que pudo detectar este estudio es que hasta 2019 el serotipo del virus Dengue que más circuló en la provincia fue el DENV-1, pero en el brote de 2020 tanto este como el DENV-4 circularon prácticamente en la misma proporción.

Esto es preocupante ya que, a pesar de una persona infectada se vuelve inmune de por vida al serotipo que la enfermó, también se vuelve extremadamente vulnerable a una reinfección con otro serotipo. Hasta el momento no es tan común que una misma persona se infecte con dos serotipos porque no había circulación de otros serotipos, pero ahora que se ha detectado el ingreso de otro serotipo en la provincia se debe prestar mayor atención.

Si llegara a presentarse otro brote, habrá muchas personas que se infectaron con al menos un serotipo, y tienen la posibilidad de infectarse con otro, haciendo más probable que se desencadenen las formas más graves de la enfermedad.



AMÉRICA LATINA

EL CIGARRILLO CAUSA MÁS DE 960
MUERTES DIARIAS EN LA REGIÓN

29/05/2021

Un estudio realizado en ocho países de América Latina determinó que el tabaquismo no solo daña la salud sino que también tiene un fuerte costo económico y social que no compensa la recaudación por el impuesto al tabaco. De acuerdo con la investigación, que contó con la colaboración de más de 40 investigadores y decisores sanitarios de los ocho países relevados –Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú–, a las 960 muertes por día, se suman millones de enfermos anuales.

Para obtener estos datos, se utilizó un modelo matemático que permite estimar las probabilidades que tienen las personas de enfermar o morir a causa de las principales condiciones de salud asociadas al tabaquismo.

Según el estudio, el cigarrillo produce 123 muertes por día en Argentina; 52 en Chile; 83 en Colombia; 443 en Brasil; 6 en Costa Rica; 19 en Ecuador; 173 en México y 61 en Perú. Esto representa desde 9% (Costa Rica) hasta 22% (Perú) de todos los decesos en mayores de 35 años.

A eso, se suman los millones de personas que enferman cada año en la región por fumar o exponerse al humo que emiten otros (tabaquismo pasivo). En Argentina, por ejemplo, ocasiona más de 225.000 casos anuales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer, neumonía, enfermedades cardíacas y accidente cerebrovascular. En Brasil, son más de 1.100.000; en Chile, más de 120.000; en Colombia, más de 164.000; en Costa Rica, más de 16.000; en Ecuador, más de 50.000; en México, más de 429.000; y en Perú, más de 125.000.

Los investigadores también estimaron que el costo del daño del tabaquismo en el sistema de salud y la economía –incluyendo los gastos directos de atención médica de las enfermedades que ocasiona, la productividad laboral perdida y los cuidados familiares– supera los 46.346 millones de dólares en los ocho países considerados. Así, la recaudación fiscal por impuestos al cigarrillo apenas alcanza a cubrir de 5 a 30% del total de pérdidas económicas que ocasiona el tabaquismo.



En general, el precio de los cigarrillos es bajo en los países de América Latina y hay margen para aumentar los impuestos al tabaco. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que aumentar el precio de los productos de tabaco a través de impuestos es la mejor medida para disuadir su consumo y reducir sus impactos nocivos en la sociedad.

Un argumento habitual de la industria tabacalera, que busca disuadir las políticas de aumento de impuestos al tabaco, es señalar el potencial incentivo al comercio ilícito de cigarrillos. Pero aún en un escenario pesimista de potencial comercio ilícito la región obtendría enormes beneficios si se aumentara el impuesto al tabaco.

De acuerdo a estos resultados, el estudio proyectó que, en los ocho países, aumentar 50% el precio de los cigarrillos a través de impuestos tendría un beneficio económico total en 10 años de 61.870 millones de dólares y podría evitar 278.721 muertes.

Autopsias realizadas en un hospital de enfermedades infecciosas en la Amazonia brasileña han revelado que las infecciones por el hongo *Histoplasma capsulatum* son la causa de un número considerable de muertes en personas con VIH, según un reciente [estudio](#).

La investigación subraya la necesidad de contar con métodos más sensibles para detectar estas infecciones en regiones endémicas para este patógeno.

La histoplasmosis es una infección de los pulmones provocada por respirar las esporas del hongo *H. capsulatum* y se encuentra localizada en algunas áreas de Estados Unidos, África y América Latina.

En la mayoría de las personas con un sistema inmunitario competente, la infección produce síntomas leves, pero en las que su sistema está comprometido, como aquellas con VIH, la infección puede diseminarse hacia otros órganos del cuerpo y, si no se trata, provocar la muerte.

Un problema que presenta esta enfermedad es que su carga exacta en regiones endémicas no se conoce, ya que sus síntomas se confunden a menudo con los de la tuberculosis.

En el estudio se llevó a cabo una serie de autopsias completas a 61 pacientes que fallecieron en un hospital de Manaus especializado en enfermedades tropicales. El uso de técnicas microscópicas y moleculares mostró evidencias de infección por *H. capsulatum* en una de cada tres personas fallecidas, todas ellas VIH-positivas, a los que el hongo había provocado daños graves en múltiples órganos.

Además, la secuenciación de las cepas detectadas sugiere que hay una alta diversidad de variantes de *H. capsulatum* circulando en la Amazonia brasileña.

A pesar de la alta mortalidad por histoplasmosis, 75% de los casos no fue sospechado clínicamente.

Ante la alta incidencia de histoplasmosis, la baja tasa de sospecha clínica y la gravedad de la enfermedad diseminada, los autores del estudio recomiendan un tratamiento antimicótico preventivo en personas VIH-positivas inmunocomprometidas y que vivan en regiones endémicas para *H. capsulatum*.¹

¹ La histoplasmosis es una infección fúngica que se adquiere por inhalación de esporas microscópicas del hongo dimórfico *Histoplasma* spp. Aunque el patógeno tiene una distribución mundial, la histoplasmosis es más prevalente en las Américas. En Brasil, es altamente endémica en la región Norte, particularmente en la Amazonia, así como en las regiones Centro-Oeste y Sudeste.

Se reconocen dos variedades distintas de *Histoplasma*: *H. capsulatum* variedad *capsulatum*, responsable de la histoplasmosis americana, y *H. capsulatum* variedad *duboisii*, causante de la histoplasmosis africana. Análisis genéticos recientes han refinado la categorización taxonómica previa de la variedad *capsulatum*: *H. mississippiensis* y *H. ohioensis* son endémicas de América del Norte, mientras que *H. capsulatum* (Panamá), *H. suramericanum* y otros grupos genéticos son endémicas de América Latina y se detectan con frecuencia en personas que viven con el VIH.

Las infecciones por *H. capsulatum* en individuos inmunocompetentes son típicamente asintomáticas o están asociadas con síntomas leves, pero pueden causar una enfermedad grave en pacientes expuestos a un gran inóculo del hongo. Por el contrario, los pacientes inmunodeprimidos, especialmente los VIH-positivos, tienen muchas más probabilidades de desarrollar una infección diseminada. En estos pacientes, la histoplasmosis diseminada progresa rápidamente y siempre es mortal si no se trata. Desafortunadamente, a pesar del aumento de la terapia antirretroviral, la histoplasmosis diseminada sigue siendo una causa importante de mortalidad en personas VIH-positivas que viven en áreas endémicas. En América Latina, estimaciones recientes sugieren que la incidencia y la mortalidad de la histoplasmosis en pacientes VIH-positivos pueden ser incluso más altas que las de tuberculosis. Sin embargo, la carga real de histoplasmosis y su mortalidad asociada en muchas regiones endémicas, incluido Brasil, es poco conocida.



20/05/2021

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y los funcionarios de salud pública de varios estados están recopilando diferentes tipos de datos para investigar brotes multiestatales de infecciones por los serotipos Enteritidis, Hadar e Infantis de *Salmonella enterica enterica*.

Los datos epidemiológicos y de laboratorio muestran las personas enferman tras el contacto con aves de corral.



Al 20 de mayo de 2021, se había informado un total de 163 personas infectadas con una de las cepas del brote en 43 estados. Los que mayor número de casos registran son: North Carolina (13 casos), Iowa (11), California (9), Georgia (9), Virginia (9), Washington (8), Ohio (7), Pennsylvania (6), Tennessee (6) y Kentucky (5).

Las enfermedades comenzaron en fechas que van desde el 12 de febrero hasta el 25 de abril de 2021.

Las personas enfermas tienen edades comprendidas entre menos de 1 y 87 años, con una mediana de edad de 24 años, y 58% son mujeres. De 109 personas con información disponible, 34 (31%) han sido hospitalizadas. No se han reportado muertes.

Es probable que el número real de personas enfermas en este brote sea mucho mayor que el informado, y es posible que el brote no se limite a los estados con enfermedades notificadas. Esto se debe a que muchas personas se recuperan sin atención médica y no se les hace la prueba para detectar *Salmonella*. Además, es posible que aún no se notifiquen casos recientes, ya que generalmente se necesitan de 2 a 4 semanas para determinar si una persona enferma forma parte de un brote.

Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a personas sobre los animales con los que entraron en contacto en la semana previa a que enfermaran. De las 92 personas entrevistadas, 81 (88%) informaron haber tenido contacto con aves de corral antes de enfermar.

La secuenciación del genoma completo mostró que las bacterias de las muestras de personas enfermas están estrechamente relacionadas genéticamente. Esto significa que los afectados por este brote probablemente enfermaron por el mismo tipo de animal.

El 15 de abril, funcionarios de salud pública de Ohio recolectaron muestras de los patitos de una persona enferma para realizar pruebas. La secuenciación del genoma completo mostró que la bacteria *Salmonella* serotipo Hadar en la materia fecal del patito está estrechamente relacionada con las bacterias de las personas enfermas. Esto significa que las personas probablemente se enfermaron por el contacto con aves de corral de traspatio.

También se utilizó la secuenciación del genoma completo para identificar cualquier resistencia a los antibióticos. Entre las bacterias de 125 muestras de personas enfermas y una mues-

tra animal, se predijo que 63 (50%) serían resistentes a uno o más de los siguientes antibióticos: ampicilina (1%), cloranfenicol (1%), estreptomicina (50%), sulfametoxazol (2%) y tetraciclina (48%). El laboratorio del Sistema Nacional de Monitoreo de la Resistencia a los Antimicrobianos (NARMS) de los CDC está realizando actualmente pruebas estándar de susceptibilidad a los antibióticos. La mayoría de las personas infectadas por *Salmonella* se recuperan sin antibióticos. Sin embargo, si éstos son necesarios para tratar a las personas en este brote con enfermedades graves, es poco probable que esta resistencia afecte la elección del antibiótico.



El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) y el Departamento de Agricultura y Desarrollo Rural de Michigan (MDARD) instaron a los residentes del estado a vacunar a sus mascotas y animales contra la rabia después de la confirmación de que un perro de seis meses en la ciudad de Detroit (condado de Wayne) dio positivo para la enfermedad. El perro infectado nunca había sido vacunado contra la rabia. Antes de esta instancia, el último perro rabioso en el estado se había registrado en 2011 en el condado de Oakland.

Si bien cualquier mamífero puede infectarse con la rabia, generalmente transmiten el virus los zorrinos o los murciélagos en Michigan. Todavía se están realizando pruebas para determinar la cepa del virus que infectó al perro.

El estado está trabajando en estrecha colaboración con el Departamento de Salud de la ciudad de Detroit para tomar todas las precauciones necesarias.

"Estamos tomando medidas proactivas para mantener seguros a los residentes y sus familias", dijo la directora de salud pública del Departamento de Salud de Detroit, Denise Fair. "Tendremos equipos que irán de puerta en puerta en el área para informar a los residentes y educar sobre la importancia de vacunar a la mascota familiar. También estaremos haciendo campaña por cualquier otro animal herido o enfermo".

La familia propietaria del perro rabioso informó que recientemente tuvo un altercado con otro animal en su patio durante la noche. Las personas que estuvieron en contacto cercano con el perro infectado han sido remitidas a proveedores de atención médica para que se pueda evaluar su necesidad de tratamiento profiláctico post-exposición. Combinado con una rápida limpieza de la herida, este tratamiento es muy eficaz para prevenir la rabia en las personas expuestas.

La ley estatal exige que los perros y hurones sean vacunados contra la rabia por un veterinario autorizado. También es importante asegurarse de que los gatos, incluso los que se mantienen estrictamente en interiores, estén vacunados contra la rabia.

"Los dueños de mascotas y animales deben comunicarse con su veterinario sobre la vacunación de los animales contra la rabia", dijo la Dra. Nora Wineland, veterinaria estatal. "Si bien se desconoce el alcance total de la enfermedad en los zorrinos y murciélagos de Michigan, es importante comprender que la rabia existe. Vacunar a los animales y evitar el contacto con los animales silvestres ayudará a limitar la propagación de la enfermedad".

En 2021, se detectaron en Michigan un total de siete animales rabiosos, incluido este perro. Los otros casos incluyen seis murciélagos: uno en cada uno de los condados de Clinton, Ingham, Kent, Midland, Oakland y Ottawa.

Se espera que la malnutrición infantil aguda grave se duplique este año en Haití, un país afectado por la pandemia de COVID-19, un pico de violencia y menguantes recursos, según un reporte del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Más de 86.000 niños menores de 5 años podrían verse afectados, en comparación con 41.000 reportados el año pasado, dijo Jean Gough, directora regional de América Latina y el Caribe.



Amazon Annegardine, de 11 años, que recibe tratamiento por niveles anómalos de azúcar en sangre, se sienta en una cama junto a su madre en el Hospital de la Inmaculada Concepción, en Les Cayes, Haití.

“Me entristeció ver tantos niños sufriendo malnutrición”, dijo tras pasar una semana en Haití. “Algunos no se recuperarán a menos que reciban tratamiento a tiempo”.

La malnutrición aguda grave supone un riesgo de muerte. En una categoría ligeramente menos peligrosa, la malnutrición aguda en niños menores de 5 años en Haití ha crecido 61%, con unos 217.000 niños afectados este año, según las estimaciones, frente a los 134.000 del año pasado.

En total, señaló el UNICEF, unos 4,4 millones de los más de 11 millones de habitantes del país carecen de comida suficiente, incluidos 1,9 millones de niños.

“El UNICEF sólo tiene suministros para un mes de la pasta alimentaria especial que se administra a los niños necesitados”, indicó Gough. La organización intenta reunir 3 millones de dólares para fines de junio.

Las autoridades dicen que la pandemia también ha afectado a la atención sanitaria y las tasas de vacunación infantil han caído entre 28% y 44%, dependiendo de la vacuna. Eso ha producido un aumento en los casos de difteria, y el personal sanitario se prepara para un brote de sarampión previsto para este año.

Los niños no vacunados también son más propensos a morir de malnutrición, indicó el UNICEF.

Lamir Samedi, enfermera en un centro de salud comunitario en la localidad sureña de Saint-Jean-du-Sud, dijo que el objetivo era vacunar a 80% de los niños de la zona, pero aún no habían llegado a 50%.

La directora regional del UNICEF dijo sentirse desanimada por las altas cifras de malnutrición y la caída de las vacunaciones infantiles. Hacen falta más servicios que lleguen a la población, porque no hay gente suficiente visitando sus centros de salud.

En total, UNICEF dijo que necesita más de 49 millones de dólares este año para cubrir las necesidades humanitarias en Haití, y señaló que se ha comprometido muy poco de esa suma. De esa cantidad, la agencia dijo que destinaría 5,2 millones de dólares a nutrición y 4,9 millones a salud, lo que incluiría vacunaciones infantiles.

El número de fallecidos en Perú a causa de la COVID-19, al 22 de mayo del presente año, supera los 180.000, anunció el grupo de trabajo conformado por la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) para establecer los nuevos criterios de actualización de cifras de defunciones durante la pandemia.

Del 1 de marzo de 2020 al 22 de mayo de 2021, en Perú han muerto 180.764 peruanos debido a complicaciones con esta infección, de acuerdo con los datos provistos por el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF), detalló Edgardo Nepo Linares, vocero del grupo de trabajo.



Responsabilidad

El ministro de Salud, Óscar Raúl Ugarte Ubilluz, manifestó que esta importante actualización de datos es parte de la responsabilidad del Estado frente a la pandemia y no es una sorpresa, puesto que diversas proyecciones internacionales sostienen que las cifras oficiales no terminan de acercarse por completo al número real de fallecidos, debido a las falencias de sus propios sistemas de monitoreo.

El grupo de trabajo entregó su propuesta a la jefa del gabinete, Violeta Bermúdez Valdivia, y al titular de Salud, a fin de alcanzar el objetivo de actualizar el número de fallecidos por COVID-19 en el país.

Sus integrantes explicaron que Perú cuenta con hasta cuatro sistemas de reporte y bases de datos distintas para el registro de personas fallecidas: SINADEF, Noti, Netlab y SiCOVID-19. Cada una de ellas –indicaron– se actualiza con una metodología distinta.

Objetividad

La titular de la PCM, Violeta Bermúdez, dijo que ver las cifras de fallecidos “nos causa un profundo dolor como seres humanos y como país, porque la pandemia nos afecta de manera directa o indirecta a todas las personas del país”. Sin embargo, subrayó, “es nuestro deber hacer pública esta información actualizada no solamente como parte de nuestro compromiso con la transparencia, sino también para cumplir mejor con nuestras obligaciones como Estado”.

Asimismo, ratificó que el Gobierno de transición y emergencia seguirá garantizando la publicación de los datos de la pandemia en la plataforma nacional de datos abiertos y añadió que el informe presentado ratifica que fue una decisión correcta la reorientación de la vacunación, empezando por los adultos mayores.

CHINA

卫生应急办公室

PRIMER CASO HUMANO CONOCIDO DE INFECCIÓN
POR EL VIRUS A(H10N3) DE LA INFLUENZA AVIAR

01/06/2021

La Comisión Nacional de Salud de China informó la detección de un caso humano de infección por el virus A(H10N3) de la influenza aviar, en la provincia de Jiangsu.

Se trata de un hombre de 41 años, que vive en Zhenjiang, Jiangsu, que el 23 de abril presentó fiebre y otros síntomas. El 28 de abril concurre a un establecimiento médico local para recibir atención. En la actualidad, el estado del paciente es estable y básicamente cumple con el estándar de alta.

El 28 de mayo, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades realizó la secuenciación del genoma completo de las muestras del paciente enviadas desde la provincia de Jiangsu, y el resultado fue positivo para el virus A(H10N3). Todos los contactos cercanos están bajo observación médica, y hasta el momento no se han detectado nuevos casos.

La Comisión Nacional de Salud ha dado instrucciones a la provincia de Jiangsu para que lleve a cabo actividades de prevención y control de acuerdo con los planes pertinentes y sus expertos están llevando a cabo la evaluación de riesgos.

El análisis genético del virus mostró que el virus A(H10N3) es de origen aviar y no tiene la capacidad de infectar eficazmente a los humanos. No se habían reportado hasta el momento casos humanos de infección por el virus A(H10N3) a nivel mundial, y este virus es de baja patogenicidad entre las aves de corral. A pesar de que haya ocurrido el salto entre especies del virus de un ave a un humano, el riesgo de propagación a gran escala es extremadamente bajo.

Los expertos sugieren a la población evitar el contacto con aves de corral enfermas o muertas, tratar de evitar el contacto directo con aves vivas; prestar atención a la higiene de los alimentos, mejorar la conciencia de autoprotección, y ante la aparición de fiebre y síntomas respiratorios usar barbijo y concurrir de inmediato a un médico.

Un día después de que un niño de dos años muriera a causa del síndrome de encefalitis aguda (SEA) en el Sri Krishna Medical College and Hospital (SKMCH) en Muzaffarpur, el ministro principal Nitish Kumar revisó el 26 de mayo la preparación y anunció la extensión de la encuesta socioeconómica a todos los distritos afectados por el SEA, incluidos los cinco bloques de Muzaffarpur donde ya se está llevando a cabo.

Esta fue la primera muerte de un niño en el distrito debido al SEA este año. Sitamarhi, East Champaran y West Champaran han informado una muerte por SEA cada uno este año.

La enfermedad, que afecta principalmente a niños menores de 15 años y regresa casi todos los años en ciertos distritos del norte de Bihar, particularmente Muzaffarpur, ha causado más de 200 muertes solo en 2019.

Al confirmar la muerte, el superintendente adjunto del SKMCH, Dr. G.S. Sahni, dijo que el niño, proveniente del área de Paru, fue llevado al hospital el 24 de mayo por la mañana con fiebre alta y convulsiones. “Las pruebas patológicas y clínicas confirmaron el SEA. Su nivel de azúcar en sangre también era muy bajo, lo que terminó con su fallecimiento el 25 de mayo”, dijo, y agregó que hasta ahora se han reportado 20 casos confirmados de SEA.

El año pasado, el estado había seleccionado 15 distritos endémicos para la encuesta de encefalitis japonesa y SEA. Casi 22 distritos se vieron afectados por el SEA el año pasado.

Este año, 14 equipos de dos miembros cada uno, del Instituto de Ciencias Médicas de India en Jodhpur, llegaron a las aldeas que fueron más afectadas el año pasado. Estos equipos recopilan datos de las familias afectadas, como los hábitos alimentarios de los menores de cinco años y las actividades de sus tutores.²

² El estado de Bihar está bien entrado en la temporada de síndrome de encefalitis aguda (SEA) y encefalitis japonesa (EJ). Al parecer, la encefalitis japonesa ha sido descartada en estos y otros casos clasificados como SEA. La mayoría de los casos de encefalitis japonesa, a menudo informados con casos de SEA, ocurren en el noreste del país, en los estados de Uttar Pradesh, Bihar y Assam. Aunque hay menos casos de SEA y encefalitis japonesa en el estado de Bihar en 2021 que en años anteriores, se siguen registrando casos en ese estado. Entre el 27 de marzo y el 1 de noviembre de 2020, 89 niños con SEA/EJ fueron admitidos en el Shri Krishna Medical College & Hospital de Muzaffarpur, en Bihar.

La noticia actual no indica cuántos de los casos de SEA se deben a la encefalitis japonesa. El tema de la etiología del SEA se ha debatido durante mucho tiempo, y se sigue atribuyendo a diversas causas, incluida la enfermedad similar al síndrome de Reye, encefalitis japonesa, infección por enterovirus por agua contaminada, insolación, tifus de los matorrales (causado por *Orientia tsutsugamushi*) e intoxicación por consumo de la fruta del lichi (*Litchi chinensis*). Curiosamente, la noticia menciona la hipoglucemia, y la encefalopatía hipoglucémica se desencadena por el consumo de lichi; Muzaffarpur, Vaishali, East Champaran y Sitamarhi son distritos de cultivo de lichi en Bihar. Estos cuatro son distritos considerados de encefalitis no-japonesa. El virus del dengue es uno de los tres agentes más comunes identificados en los casos de SEA, pero la vigilancia existente para este síndrome no incluye pruebas de rutina para este virus.

La noticia no indica si se ha descartado o confirmado alguna de las etiologías anteriores. Hasta que se determine la etiología (o etiologías) de estos casos de SEA, no será posible una prevención eficaz y eficiente. La temporada en la que ocurren los casos de SEA y encefalitis japonesa está en curso, y se pueden esperar casos adicionales en los próximos 2-3 meses.

Como resultado de la erupción del volcán Nyiragongo en el este de la República Democrática del Congo el 22 de mayo, las autoridades locales han registrado más de 232.000 personas desplazadas en Sake, Rutshuru, Lubero, Minova y Bukavu, en Nord-Kivu y Sud-Kivu.

La actividad sísmica se ha reducido ligeramente, pero los científicos advierten que aún no se puede descartar el riesgo de otra erupción.



Está en marcha la respuesta humanitaria, que consiste en asistencia alimentaria, agua y saneamiento, salud y protección, incluida la reunificación familiar y la nutrición.

Hay 35 casos sospechosos de cólera en la zona sanitaria de Kirotshe, donde se encuentra Sake. Desde el 29 de mayo, ha habido un rápido aumento, con 18 casos sospechosos en dos días. Dado el movimiento de personas entre Sake y Goma, las organizaciones humanitarias se están movilizando para prevenir un brote de cólera mediante la instalación de puntos de agua y cloración.

El gobernador militar de la provincia de Nord-Kivu, Constant Ndimba, ordenó la evacuación obligatoria de la población de diez de los 18 barrios de la ciudad de Goma, capital de la provincia de Nord-Kivu y situada cerca de la frontera con Ruanda, ante la amenaza de una nueva erupción del volcán.

La erupción del 22 de mayo duró unas horas y destruyó cerca de 17 aldeas situadas en los alrededores del volcán, al tiempo que dejó 32 muertos y causó importantes daños materiales en Goma. Así, Ndimba sostuvo que la posible presencia de magma bajo la ciudad y el lago suponen una amenaza.

El 28 de mayo, el Coordinador de Ayuda de Emergencia Mark Lowcock asignó 1,2 millones de dólares del Fondo Central de Respuesta a Emergencias de la Organización de Naciones Unidas a raíz de la erupción y el desplazamiento resultante.

Estos fondos ayudarán a la Organización Mundial de la Salud y al Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia a garantizar el acceso al agua potable y reducir el riesgo de brotes de enfermedades transmisibles, incluida una mayor propagación del cólera.

El 12 de mayo de 2021, una mujer de 19 años se presentó en un hospital de Kampala, derivada desde el distrito de Mbarara, con síntomas de infección, lesión renal y sangrado por la nariz y la boca.

Se le tomaron muestras y los análisis de laboratorio en el Instituto de Investigación de Virus de Uganda (UVRI) confirmaron el 13 de mayo de 2021 un diagnóstico de fiebre del Valle del Rift.

Los síntomas se iniciaron el 5 de mayo en el distrito de Kiruhura, con fiebre, dolor de cabeza y vómitos. Consultó en cinco centros de salud en busca de atención médica, pero no mejoró. Finalmente falleció el 13 de mayo.

Las autoridades informaron de abortos en cabras en las áreas vecinas.³

³ La fiebre del valle del Rift es una zoonosis viral que afecta principalmente a ganado doméstico, pero que puede infectar a seres humanos, causando fiebre. Se propaga por la picadura de mosquitos infectados. La enfermedad es causada por el virus de la fiebre del valle del Rift, un miembro del género *Phlebovirus* (familia Bunyaviridae). La enfermedad fue documentada por primera vez en ganado en Kenya alrededor de 1915, pero el virus no fue aislado hasta 1931. El brote infeccioso se extendió a lo largo del África Subsahariana. También se sucedieron brotes en otros lugares menos frecuentemente aunque algunas de manera severa, como en Egipto entre 1977 y 1978, donde tuvo como resultado varios millones de personas infectadas y miles de muertos durante la epidemia. En Kenya, en 1998, el virus segó la vida de más de 400 personas. En septiembre de 2000, un brote infeccioso fue confirmado en Arabia Saudí y en Yemen.

En los seres humanos, el virus puede causar varios síntomas diferentes. Usualmente, las personas infectadas o bien no muestran síntomas o bien presentan solamente un pequeño malestar con fiebre, dolor de cabeza, mialgia y anormalidades hepáticas. En un pequeño porcentaje de casos (menor a 2%), el malestar puede progresar a un síndrome de fiebre hemorrágica viral, meningoencefalitis o afecciones de la vista. Los pacientes que caen enfermos usualmente experimentan fiebre, debilidad generalizada, dolor de espalda, mareos y pérdida de peso al comienzo de la enfermedad. Normalmente, los pacientes se recuperan a los 2 a 7 días de haber iniciado la enfermedad.

Aproximadamente 1% de las personas infectadas mueren a causa de la enfermedad. Entre el ganado, la tasa de mortalidad es significativamente mayor. En ganado preñado infectado se presentan casos de aborto en casi 100% de los fetos. Una epizoonosis de fiebre del valle del Rift se evidencia usualmente en primer lugar por una ola de abortos inexplicables.

La mayoría de las infecciones humanas se deben al contacto directo o indirecto con sangre u órganos de animales infectados. La transmisión a través de la manipulación de tejidos animales se puede producir durante el sacrificio o el despiece, la asistencia al parto de los animales, la realización de procedimientos veterinarios o la eliminación de animales o fetos muertos. Por tanto hay profesiones, como los pastores, granjeros, matarifes y veterinarios, que corren mayor riesgo de contraer la infección.

El virus infecta al ser humano por inoculación (por ejemplo, a través de una herida con un instrumento cortante contaminado o del contacto con una solución de continuidad de la piel) o por inhalación de aerosoles producidos durante el sacrificio de los animales infectados.

Algunos datos indican que el ser humano se puede infectar a través de la ingestión de leche no pasteurizada de animales infectados.

Asimismo, se han producido infecciones por picadura de mosquitos infectados, sobre todo de los géneros *Aedes* y *Culex*, y también es posible la transmisión por moscas hematófagas.

Hasta la fecha no se ha documentado la transmisión de persona a persona y tampoco ha habido casos de transmisión al personal sanitario cuando se han tomado las precauciones básicas para el control de las infecciones.

Vietnam impuso el 31 de mayo mayores restricciones de circulación y reunión en la más grande de sus ciudades y suspendió la llegada de vuelos desde el extranjero días después de detectar una supervariante del SARS-CoV-2 que combina la india y la británica y es mucho más contagiosa.

La nueva variante se ha propagado a 30 de los 63 municipios y provincias de Vietnam y podría ser responsable de un aumento reciente de casos confirmados, según el Ministerio de Salud de ese país. Por ese motivo, desde la 00:00 hora del 31 de mayo entró en vigor una suspensión temporal de vuelos hacia ese país.

Sin embargo, los vuelos internacionales con salida en Hà Nội continuarán operativos, pero el Gobierno no precisó si los vuelos domésticos se verán afectados por la suspensión.

La nueva supervariante descubierta la semana pasada es un híbrido entre las primeras cepas encontradas en India y el Reino Unido.

La Organización Mundial de la Salud enumeró cuatro “variantes de preocupación” a nivel mundial: las encontradas en el Reino Unido e India y otras dos identificadas en Sudáfrica y Brasil.

El anuncio de la nueva variante hizo saltar las alarmas, justo cuando Vietnam trataba de contener focos de la epidemia en más de la mitad de su territorio.

Enfrentado a la nueva mutación, Vietnam impuso más restricciones el 31 de mayo en su ciudad más grande, Thành phố Hồ Chí Minh, por lo que las personas solo podrán salir de sus casas para las actividades necesarias, y las reuniones públicas de más de 10 personas están prohibidas.

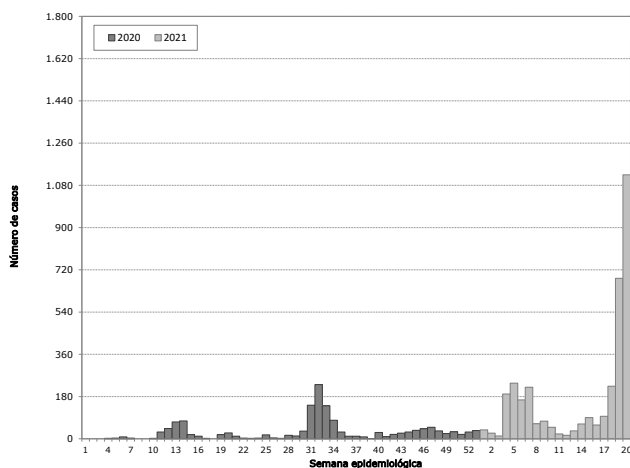
La autoridad de la ciudad planea realizar pruebas a toda su población de casi 9 millones de habitantes, a razón de 100.000 por día.

La pasada semana, antes de conocerse la existencia de la nueva variante, Thành phố Hồ Chí Minh prohibió las llegadas internacionales a su Aeropuerto Internacional Tân Sơn Nhất.

Hasta ahora, Vietnam se había visto relativamente protegido del virus, y la mayoría del total de 6.700 casos y 47 fallecidos registrados se produjeron desde abril.

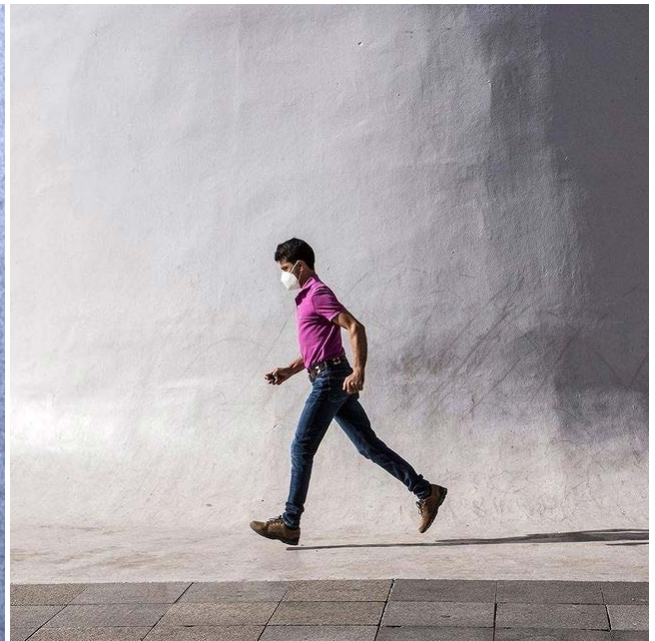
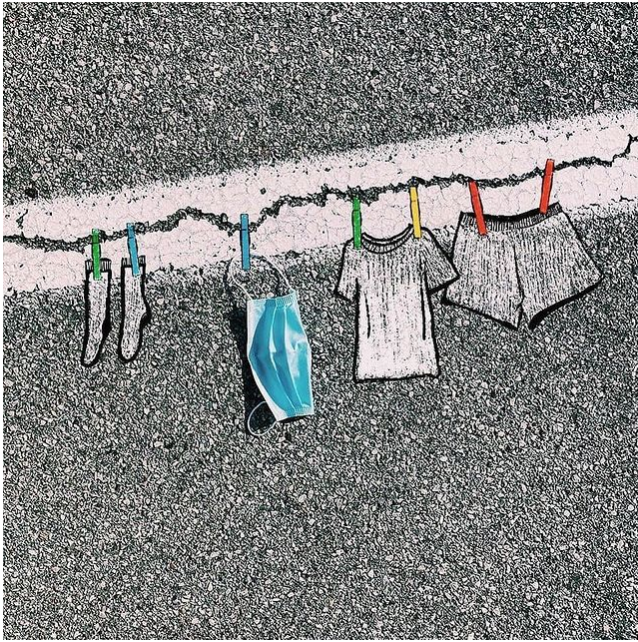
El país tiene 97 millones de habitantes y hasta ahora ha vacunado a un millón de personas.

Las autoridades quieren acelerar el ritmo y alcanzar la inmunidad colectiva para fin de año.



Casos confirmados. Vietnam. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 21 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 30 de mayo de 2021, 15:36 horas.

Arte y pandemia



COVID Art Museum (@covidartmuseum).

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.