

ARGENTINA

- Chubut: Confirmaron un caso de hantavirus en el Parque Nacional 'Los Alerces'
- Misiones: Un brote de botulismo afectó a 18 personas en Comandante Andresito
- En 2021 se redujo la cantidad de víctimas fatales en siniestros viales

AMÉRICA

- Brasil: Mato Grosso es el estado con mayor número de casos de lepra

- Brasil: Alerta por casos de infección por *Candida auris* en un hospital de Pernambuco

- Estados Unidos: Cinco personas murieron de rabia en 2021

- Estados Unidos: Aumentaron las hospitalizaciones por COVID-19 en niños demasiado pequeños para vacunarse

- Guayana Francesa: Reportan un caso de transmisión vertical del virus Zoonosis en una mujer embarazada

- Haití: Los niveles de plomo en su población son una advertencia para otros países

EL MUNDO

- Eslovenia: Brote de norovirus en Ilirska Bistrica vinculado con una carnicería

- Gran Bretaña: Detectan un caso humano confirmado de influenza aviar A(H5) en South West England

- Nigeria: Confirman 48 casos de fiebre hemorrágica de Lassa en la primera semana del año

- Uganda: Confirman un brote de fiebre del Valle del Rift en Kagadi

- El virus de Epstein-Barr podría ser la causa principal de la esclerosis múltiple

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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



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.

Un joven de 29 años, trabajador del Club Esquel Pescadores que se encuentra dentro del Parque Nacional 'Los Alerces', fue derivado al Hospital Rural de Trevelin, donde fue ingresado el 12 de enero, y desde ese nosocomio fue trasladado a la unidad de terapia intensiva del Hospital Zonal Esquel, con un cuadro de insuficiencia respiratoria grave, permaneciendo con asistencia respiratoria mecánica, compatible clínicamente y por estudios complementarios preliminares con síndrome pulmonar por hantavirus.



El 15 de enero, el Hospital de Esquel confirmó que se trata de hantavirus, luego de recibir los resultados de las muestras enviadas a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', en Buenos Aires. El joven sigue internado en grave estado.

Las medidas adoptadas

Ante la situación, se realizó una reunión entre autoridades integrantes del Área Programática Noroeste, la Municipalidad de Esquel, el Parque Nacional 'Los Alerces' y el Club Esquel Pescadores. Entre las medidas que se tomaron se estableció el aislamiento preventivo a las personas que estuvieron en contacto estrecho con el paciente, se realizó la observación e inspección del ambiente que frecuenta el hombre y el relevamiento epidemiológico correspondiente para identificar posibles lugares de contagio.

Con la confirmación del caso, se prevé instrumentar la captura de roedores por parte del equipo de Salud Ambiental y Zoonosis.

El Parque Nacional permanece abierto

Las autoridades del Parque Nacional 'Los Alerces' decidieron que la reserva natural permanezca abierta al público, recomendando a los visitantes y trabajadores mantener las medidas sanitarias de prevención habituales, como ser la utilización de lugares habilitados para acampar o para detención diurna; transitar por senderos habilitados, no acopiar malezas y leña en lugares de uso común, mantener la higiene de manos y alimentos y consumir agua segura.

El Ministerio de Salud Pública de Misiones informó el 16 de enero sobre el estado de salud de los pacientes de Comandante Andresito, que contrajeron botulismo al consumir chachinados infectados el pasado 6 de enero.

Según informó el ministerio, cinco pacientes permanecen internados en unidades de terapia intensiva (UTI), en condición “estable” y con riesgo de vida, aunque una de las pacientes evoluciona favorablemente.

Cuatro pacientes –de 28 meses, 25, 33 y 58 años de edad– permanecen en la UTI del Hospital Público de Autogestión Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC) Eldorado, con pronóstico reservado. Estos pacientes cumplieron el 16 de enero, su décimo día de internación.

Asimismo, “en la UTI del Hospital SAMIC ‘Dra. Marta Teodora Schwarz’ de Puerto Iguazú permanece un paciente de 19 años de edad, con pronóstico reservado”, indicó el Ministerio de Salud Pública.

Sin embargo, fuentes extraoficiales indicaron que la niña de 28 meses de edad, la única paciente pediátrica que sigue internada, presenta un cuadro más complejo. Padece una infección pulmonar, trastorno metabólico, sufrimiento encefálico y botulismo grave con cuadro neurológico y trastorno en la regulación del sistema nervioso autónomo. La pequeña está en coma. Ya sufrió cuatro paros cardiorrespiratorios y episodios convulsivos.

En tanto, la joven de 19 años internada desde el 11 de enero en el hospital de Puerto Iguazú sigue con respirador mecánico pero se inició el proceso de retiro para evaluar la evolución del compromiso respiratorio. Esta paciente continúa con reflejo deglutorio aún deteriorado, pero está estable, afebril y moviliza los miembros.

El 14 de enero recibieron el alta cuatro personas –de 20, 28, 31 y 51 años de edad– que continuarán bajo seguimiento por parte del personal de salud del Hospital de Comandante Andresito.

El brote de botulismo de Comandante Andresito, el más grande reportado en Misiones, ya ocasionó 18 intoxicaciones hasta la fecha. De estos pacientes, tres fallecieron.

El 15 de enero se recibieron los resultados de las muestras enviadas a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’, las cuales indican la presencia de la toxina botulínica en las muestras de alimentos remitidas. Este resultado positivo del análisis del alimento confirma el diagnóstico clínico y epidemiológico, aun cuando no haya resultados positivos en las muestras biológicas.

El 14 de enero se había descartado que la intoxicación de los pacientes se haya producido por agrotóxicos o pesticidas, luego de que la ANLIS confirmara que estos mismos alimentos no estaban contaminados con esas sustancias.

Los hechos y las sospechas de botulismo en Comandante Andresito se conocieron el 6 de enero con el fallecimiento de una mujer y su hijo –de 77 y 39 años de edad, respectivamente–, que elaboraron en su hogar y consumieron chorizos ahumados caseros, elaborados con

carne de cerdo y de venado silvestre, que también invitaron a sus vecinos, amigos y familiares.

Desde entonces comenzaron a aparecer más personas intoxicadas. El 7 de enero, la cartera sanitaria provincial informó cuatro casos, mientras que el día 8 se conocieron otros tres y el 9 de enero, tres intoxicados más.

Por su parte, un niño de 8 años, que había ingresado al nosocomio de Eldorado, también perdió la vida y se convirtió en la tercera víctima mortal.

En vista de la situación, Salud Pública en conjunto con el municipio salieron a realizar operativos casa por casa en busca de personas que posiblemente compraron o consumieron esos productos caseros y para advertir sobre el riesgo de esta gravísima enfermedad de la que no se tienen antecedentes en los últimos años.

Además, para enfrentar el brote, el Gobierno debió enviar un vuelo sanitario desde Buenos Aires para transportar 50 frascos de suero antituberculoso a Misiones. Las ampollas presentes en la región no alcanzaban para atender a todos los pacientes, ya que cada adulto requiere de dos frascos para iniciar el tratamiento.

La Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) –organismo del Ministerio de Transporte– publicó las estadísticas de siniestralidad correspondientes al año 2021, con datos preliminares al 14 de enero de 2022. En total, 3.861 personas fallecieron en todo el país como consecuencia de siniestros viales. La cifra representa una reducción de 21% de las víctimas mortales, en comparación con 2019, año con una circulación similar, y exceptuando al 2020, debido a las medidas preventivas por la pandemia de COVID-19. Se trata, además, de la cifra anual más baja de víctimas desde la creación de la ANSV en 2008. Estas estadísticas, resultado del trabajo en conjunto entre la Nación y las provincias, son oficiales y contrastables, con posibilidad de identificación individual de personas fallecidas y georreferenciación de los siniestros, tienen sustento empírico, fuentes demostrables y metodología científica.

“La baja de la siniestralidad vial es un dato muy alentador, porque significa que se salvaron muchas vidas y que el trabajo de la ANSV y de todas las provincias se ve reflejado en las rutas. Pero no debemos quedarnos solo con eso, sino que aún falta muchísimo por hacer y mejorar, por eso vamos a continuar con todas las políticas públicas que ya pusimos en marcha en estos dos años de gestión, más todas las que vamos a implementar durante este nuevo año, para reforzar el compromiso que asumimos de mejorar la seguridad vial en Argentina”, manifestó el director ejecutivo de la ANSV, Pablo Martínez Carignano.

Las cifras oficiales publicadas por el Observatorio Vial de la ANSV, detallan la siguiente cantidad de fallecidos durante 2021 en las diferentes jurisdicciones: Buenos Aires (844), Santa Fe (412), Córdoba (381), Tucumán (241), Misiones (215), Chaco (191), Salta (187), Santiago del Estero (179), Corrientes (148), Entre Ríos (147), Jujuy (122), Mendoza (111), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (95), San Juan (80), Río Negro (73), San Luis (67), Formosa (67), Neuquén (67), La Rioja (66), Catamarca (53), La Pampa (46), Chubut (35), Santa Cruz (24) y Tierra del Fuego (10).

Durante 2021, la ANSV impulsó diversas acciones con el objetivo de reducir la siniestralidad vial, entre las que se destacan: la presentación del proyecto de Ley de Alcohol Cero al volante en la Cámara de Diputados; capacitaciones en conducción segura y entrega de cascos y chalecos a 15.000 motociclistas de 60 ciudades del país; la inauguración de 10 bases operativas de fiscalización para aumentar la presencia de controles en las rutas; más de 70.000 conductores controlados en el programa Alcoholemia Federal junto a todas las provincias; la atención a nivel nacional a las víctimas de siniestros viales y a sus familiares con la Línea 149 opción 2; la creación de la primera Brigada Motorizada en el Noroeste Argentino; capacitaciones en seguridad vial a miles de docentes, 9.500 ciudadanos, 1.100 trabajadores de la salud y 400 periodistas; inauguración de 23 Centros Emisores de Licencias de conducir; y 113 conductores suspendidos por conductas irresponsables; entre otras medidas.

De acuerdo a las estadísticas publicadas oficialmente por la ANSV, es importante destacar que incluyen a todas las personas fallecidas en siniestros viales, los que ocurren en el lugar del hecho y también los que ocurren posteriormente, hasta 30 días después del siniestro, con el procedimiento y la metodología de la Organización Mundial de la Salud.



BRASIL

MATO GROSSO ES EL ESTADO CON
MAYOR NÚMERO DE CASOS DE LEPROA

12/01/2022

El Estado de Mato Grosso ocupa, de forma recurrente, el primer lugar en Brasil en casos de lepra. En alerta por el grave problema de salud pública, el diputado estatal Dr. José Eugênio de Paiva indicó, durante una sesión plenaria el 4 de enero, al gobernador Mauro Mendes Ferrreira y al secretario de Estado de Salud (SES), Gilberto Gomes de Figueiredo, la urgente necesidad de implementar políticas públicas efectivas, en alianza con los municipios, para revertir esta situación.

“Estamos en el ‘Enero Morado’ (campaña nacional de prevención y combate a la lepra) y Mato Grosso lleva el título de campeón nacional de la lepra. Un estado tan rico en estadísticas que son tan desastrosas, se pueden remediar con políticas públicas efectivas para combatir la enfermedad. La lepra es curable y el Sistema Único de Salud (SUS) cubre todo el costo del tratamiento. Por lo tanto, no hay motivo para que el Estado de Mato Grosso ostente el récord de enfermos”, expresó Paiva, desde la tribuna de la Asamblea Legislativa de Mato Grosso.

Paiva advirtió que la lepra, cuando no se trata o se trata tardíamente, provoca discapacidades y deformidades, con consecuencias que pueden ser responsables de la exclusión de muchos trabajadores del mercado y de la vida social.

El diputado destacó la importancia de que el gobierno del estado desarrolle un grupo de trabajo no solo para el tratamiento, sino también para la prevención de la enfermedad desde las primeras etapas. “Ocurre que el descuido en la prevención, el no ser diagnosticado a tiempo, es lo que provoca la propagación, ya que se transmite a través de gotas eliminadas en el aire al toser, hablar y estornudar de una persona con lepra, sin tratamiento”, puntualizó Paiva, en la alerta al gobierno del estado.¹

¹ Brasil es el único país del mundo que no alcanzó el estándar de la Organización Mundial de la Salud de eliminación de la lepra como problema de salud pública, de un caso cada 10.000 habitantes. En 2020, Brasil –con 17.979 casos nuevos– siguió ocupando el segundo lugar después de India (65.147 casos nuevos) en número de casos nuevos. En las Américas en 2015, la lepra se notificó en 24 países, con más de 100 casos notificados cada año en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela; pero Brasil representó 94% de todos los casos en esta región.

Brasil experimentó una disminución en los casos nuevos de lepra desde 1993 hasta 2015, pero según el Ministerio de Salud del país, de 2016 a 2018, la cantidad de casos nuevos aumentó de menos de 25.300 a más de 28.600. Luego se produjo la pandemia de COVID-19, durante la cual se suspendieron muchos servicios regulares de salud en todo el mundo; esto incluyó las estrategias de control de la lepra en Brasil, como lo indica en 2020 una caída de 41,4% en los casos de lepra diagnosticados en comparación con el número promedio de casos en los cinco años anteriores, una reducción de 56,8% en las notificaciones de lepra en niños menores de 15 años y un aumento de 8,1% en el diagnóstico de lepra multibacilar.

Entre los estados brasileños, Mato Grosso tiene las mayores tasas de prevalencia e incidencia de la enfermedad.

La lepra se transmite de persona a persona por contacto cercano. La eliminación de la lepra depende de la detección temprana de casos y el tratamiento inmediato con una terapia antibiótica multifarmacológica. Una vez en tratamiento farmacológico, los pacientes ya no son contagiosos. El tratamiento farmacológico de la lepra es gratuito en Brasil.



El 3 de enero de 2022, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) recibió notificaciones sobre dos posibles casos de infección por *Candida auris* en pacientes internados en un hospital de Pernambuco.

Los aislados de muestras de orina de un paciente masculino, de 38 años, y de una paciente femenina, de 70 años, internados en un Hospital de Pernambuco, fueron enviados a los laboratorios de referencia: el Laboratorio Central de Salud Pública 'Dr. Milton Bezerra Sobral' (LACEN/PE) y el Laboratorio Central de Salud Pública 'Prof. Gonçalo Moniz' (LACEN/BA), y posteriormente al Laboratorio Especial de Micología de la Escola Paulista de Medicina (LEMI-UNIFESP).

El 11 de enero, la ANVISA fue notificada de la confirmación del primer caso, y el 13 de enero fue confirmado el segundo caso.

El problema

Candida auris es un hongo emergente que representa una seria amenaza para la salud pública considerando que:

- produce biofilms resistentes a los medicamentos comúnmente utilizados para tratar las infecciones por *Candida*. Los estudios indican que hasta 90% de los aislados de *C. auris* son resistentes a fluconazol, anfotericina B o equinocandinas. Este tipo de patrón multirresistente no se ha observado en ninguna otra especie del género *Candida*;
- puede causar infecciones del torrente sanguíneo y otras infecciones invasivas, que pueden ser fatales, especialmente en pacientes inmunocomprometidos o con comorbilidades;
- puede permanecer viable por largos periodos en el ambiente (semanas o meses) y es resistente a varios desinfectantes, incluyendo aquellos a base de amonio cuaternario;
- es propenso a causar brotes debido a la dificultad de identificación oportuna por métodos de laboratorio de rutina y su difícil eliminación del ambiente contaminado.

Antecedentes

En octubre de 2016, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicó una alerta epidemiológica basada en reportes de brotes de *C. auris* en los servicios de salud de América Latina, recomendando a los Estados Miembros adoptar medidas para prevenir y controlar los brotes derivados de este patógeno.

El 14 de marzo de 2017, la ANVISA publicó una alerta que definió la Red Nacional para la identificación de *C. auris* en los servicios de salud y detalló lineamientos para la vigilancia de laboratorio, la derivación de aislados para laboratorios de referencia y las medidas de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) por *C. auris*.

Esta Red viene analizando aislados sospechosos desde 2017, pero el primer caso positivo para *C. auris* en Brasil fue notificado a la ANVISA el 7 de diciembre de 2020, aislado en una muestra del catéter de un paciente internado en la unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital

de Salvador, Bahia, siendo este el primer caso de un brote de 15 casos, que culminó con dos muertes.

En diciembre de 2021, la ANVISA recibió la notificación de otro brote de *C. auris* ocurrido en un hospital público de Salvador, Bahia. La muestra analizada procedía de la orina de un paciente masculino, y se confirmó la identificación del hongo el 14 de diciembre de 2021, mediante la técnica de ionización/desorción por láser asistida por matriz con tiempo de vuelo (MALDI-TOF).

Así, la confirmación de la identificación de *C. auris* en un hospital de Pernambuco representa el tercer brote en el país.

Acciones tomadas en relación al brote en el hospital de Pernambuco

Desde la identificación del caso sospechoso, el hospital ha establecido medidas de precaución y ha implementado acciones para prevenir y controlar el brote.

- La Coordinación de Prevención y Control de Infecciones del Estado de Pernambuco (CE-CIH-PE) fue notificada sobre el caso sospechoso, realizó una visita técnica al hospital y está brindando todas las orientaciones para la implementación de un plan de acción para prevenir la propagación del microorganismo. Además, está monitoreando el brote y apoyando acciones de prevención y control.
- Se activó el grupo de trabajo nacional y se intensificaron diversas acciones de vigilancia, seguimiento, prevención y control. Este grupo de trabajo ya sostuvo una reunión conjunta con la Comisión de Control de Infecciones Hospitalarias (CCIH) y otros profesionales del hospital involucrados, para coordinar acciones, aclarar dudas y definir cómo se llevará a cabo la investigación, con el objetivo de agilizar la respuesta al brote, identificar otros posibles casos y prevenir la aparición de nuevos casos de colonización o infección.
- Los Centros de Informaciones Estratégicas en Vigilancia de la Salud (CIEVS) de Pernambuco, Recife y nacional, y el Programa de Formación en Epidemiología Aplicada al Sistema Único de Salud (EPISUS) están realizando la investigación epidemiológica de este evento.
- La Coordinación General de Laboratorios de Salud Pública está monitoreando y apoyando la investigación de laboratorio del brote.
- Los LACEN de Pernambuco y Bahía están apoyando el análisis de muestras enviadas por el laboratorio del hospital. El LEMI-UNIFESP ya está realizando la secuenciación de los aislados.
- La ANVISA está monitoreando las acciones relacionadas con el brote y articulando y apoyando las acciones del grupo de trabajo nacional.

Recomendaciones

- Laboratorios de microbiología:
 - Intensificar la vigilancia de laboratorio para identificar *C. auris*.
 - Ante cualquier caso sospechoso o confirmado de infección por *C. auris*, informar inmediatamente a la Comisión de Control de Infecciones Hospitalarias (CCIH) del servicio y seguir las recomendaciones en cuanto a la derivación de muestras a los LACEN.
- Servicios de salud:
 - Reforzar las medidas generales de prevención y control de las IRAS.
 - Mantener actualizados los procedimientos operativos estándar para la limpieza y desinfección de superficies y la capacitación de los profesionales involucrados.

- Mantener un flujo rápido de comunicación entre el laboratorio y la CCIH del servicio e intensificar el seguimiento de los resultados de laboratorio con indicación de *C. auris*.
- Ante cualquier caso sospechoso o confirmado de infección por *C. auris*, implementar de inmediato las precauciones y medidas de prevención y seguir las orientaciones previstas publicadas sobre el tema.
- En caso de sospecha o confirmación de infecciones por *C. auris*, notificar el formulario “Aviso nacional de brotes infecciosos en los servicios de salud”, y reportar los casos sospechosos o confirmados a la Coordinación de Control de Infecciones Hospitalarias del Estado (CECIH) del estado.

Es fundamental que la notificación del brote y la preparación de la muestra para su derivación a los LACEN se realicen inmediatamente después de la sospecha de identificación fenotípica o identificación de *C. auris*, para que la confirmación del caso por los laboratorios de referencia y la activación del grupo de trabajo nacional se lleve a cabo lo antes posible.²

² Puede consultar el documento completo, en portugués, haciendo clic [aquí](#).

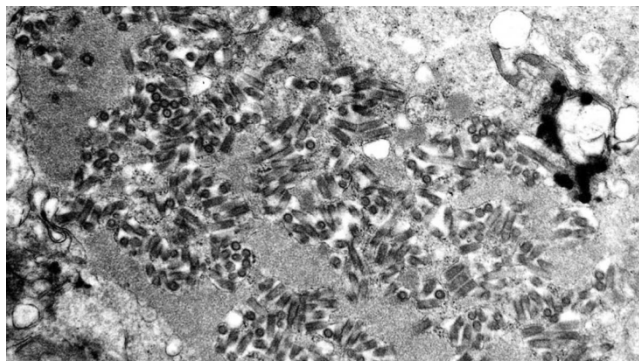
Candida auris es un patógeno multirresistente emergente a nivel mundial que causa infecciones asociadas a la atención médica, con una alta mortalidad. *C. auris* tiene la capacidad de colonizar persistentemente las superficies ambientales, y las investigaciones epidemiológicas de los brotes hospitalarios encuentran contaminación por *C. auris* en las habitaciones de los pacientes (colchones, camas, marcos de ventanas, sillas, bombas de infusión y encimeras) y superficies que se tocan con frecuencia, como pantallas de computadora, paneles táctiles y teclados.

Los cultivos para la detección en múltiples sitios en los pacientes (p. ej., axila, ingle, recto) en contextos de brotes nosocomiales comúnmente encuentran colonización asintomática. Los pacientes colonizados o infectados con frecuencia tienen un amplio contacto previo con múltiples centros de atención médica, lo que destaca el valor de una comunicación cuidadosa y exhaustiva en las transferencias entre centros de atención médica. Las investigaciones de las causas de los brotes hospitalarios frecuentemente encuentran fallas en el control de infecciones, sin duda agravadas por la atención que requieren los pacientes de las unidades de cuidados intensivos en estado crítico.

La secuenciación del genoma completo ha identificado cuatro clados distintos que se segregan geográficamente en el sur de Asia (India y Pakistán), Sudáfrica, Venezuela y Japón, con una diversidad genética intrarregional mínima observada. Los genotipos de los aislados en Estados Unidos han estado muy relacionados entre sí dentro de cada estado y se han agrupado con aislados de regiones en el extranjero: los aislados de New York se agruparon en el mismo clado que los aislados del sur de Asia; los de New Jersey también con aislados del sur de Asia, pero eran distintos de los de New York; y los aislados de Illinois se agruparon con aislados de América del Sur. Estos datos sugieren múltiples introducciones de *C. auris* a los Estados Unidos seguido de transmisión local dentro de entornos de atención médica.

C. auris puede ser identificada erróneamente por los laboratorios y, a menudo, es resistente a múltiples medicamentos antimicóticos. *C. auris* por lo general es resistente al fluconazol y también a la anfotericina B. Debido a que los aislados rara vez son resistentes a las equinocandinas (casposfungina, anidulafungina y micafungina), las equinocandinas siguen siendo los fármacos empíricos iniciales de elección para las infecciones causadas por este patógeno, pero *C. auris* puede volverse resistente a las equinocandinas con el tratamiento.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están creando conciencia sobre los riesgos de la rabia en los murciélagos en Estados Unidos después de que tres personas, incluido un niño, murieran de rabia entre fines de septiembre y principios de noviembre de 2021. Los tres casos elevan el número total de 2021 a cinco, en comparación con ningún caso de rabia informado en personas durante 2019 y 2020.



Esta imagen muestra virus de la rabia, oscuros y en forma de bala, dentro de una muestra de tejido infectado.

Durante un período de cinco semanas entre el 28 de septiembre y el 3 de noviembre de 2021, se confirmó que tres personas, en Idaho, Illinois y Texas, contrajeron rabia y murieron después del contacto directo con murciélagos dentro o alrededor de sus hogares. Dos de los casos asociados con murciélagos se consideraron exposiciones evitables: uno se atribuyó a un nido de murciélagos en la casa del paciente y el otro a que el paciente recogió el animal con las manos desnudas. Dos pacientes liberaron los murciélagos, en lugar de capturarlo para analizarlo. Ninguno de los tres individuos recibió profilaxis posterior a la exposición (PEP), inyecciones que pueden prevenir el desarrollo de la rabia si se reciben antes de que comiencen los síntomas.

Antes de esos tres fallecimientos en 2021 ocurrieron otros dos previamente en el mismo año. Uno fue el de un hombre de Minnesota mordido por un murciélago. El individuo recibió las inyecciones, pero un problema no diagnosticado de su sistema inmunológico obstaculizó su eficacia, dijeron funcionarios de los CDC. La otra víctima fue mordida por un perro rabioso cuando visitaba Filipinas y murió en New York a su regreso a Estados Unidos.

“Hemos recorrido un largo camino en Estados Unidos para reducir la cantidad de personas que se infectan con rabia cada año, pero esta reciente oleada de casos es un recordatorio aleccionador de que el contacto con los murciélagos representa un riesgo real para la salud”, dijo Ryan Wallace, veterinario y experto en rabia en la División de Patología y Patógenos de Altas Consecuencias de los CDC.

La exposición a murciélagos rabiosos es la principal causa de rabia humana en Estados Unidos y representa el 70% de las personas que se infectan. La cantidad de murciélagos rabiosos informados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Rabia se ha mantenido estable desde 2007, lo que sugiere que este aumento en los casos humanos de rabia puede deberse a una falta de conciencia sobre los riesgos de la rabia, y que obtener PEP es un asunto de vida o muerte.

Las mordeduras de murciélagos no siempre dejan una marca visible, pero aun así pueden propagar el virus a través de la saliva infectada, por lo que cualquier contacto directo con un murciélago debe ser evaluado por un proveedor clínico o de salud pública. En general, toma entre tres semanas y tres meses, aunque a veces más o menos tiempo, para que las personas desarrollen síntomas si están infectadas. La PEP es eficaz para prevenir la rabia hasta que se desarrollan los síntomas. Una vez que comienzan los síntomas, la rabia casi siempre es fatal.

Aunque la COVID-19 ha acabado con las vidas de muchos niños y ha provocado una enfermedad grave en muchos más, en general se está de acuerdo con que es mucho menos probable que el virus provoque un daño grave en los jóvenes.

Pero unos [nuevos datos](#) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos han revelado una tendencia preocupante: la tasas de hospitalizaciones vinculadas con la COVID-19 en los menores de 5 años aumentó de forma sustancial la semana pasada, mientras que la misma tasa se mantuvo relativamente estable en los niños de 5 a 17 años.

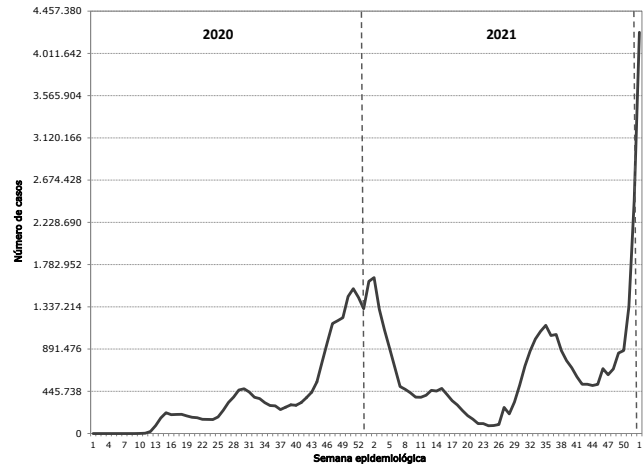
Las cifras más recientes han planteado preocupaciones de que los miembros más jóvenes de la sociedad quizá sean más vulnerables a la variante Omicron que sus pares de más edad. Los niños afectados, de 4 años o menos, están en un grupo de edad que todavía no es elegible para las vacunas contra la COVID-19.

Aunque el conocimiento de los científicos sobre [la variante Omicron](#) todavía está en evolución, los expertos señalan que un aumento en las hospitalizaciones pediátricas no indica que esta variante sea más peligrosa para los niños pequeños de lo que eran las demás variantes.

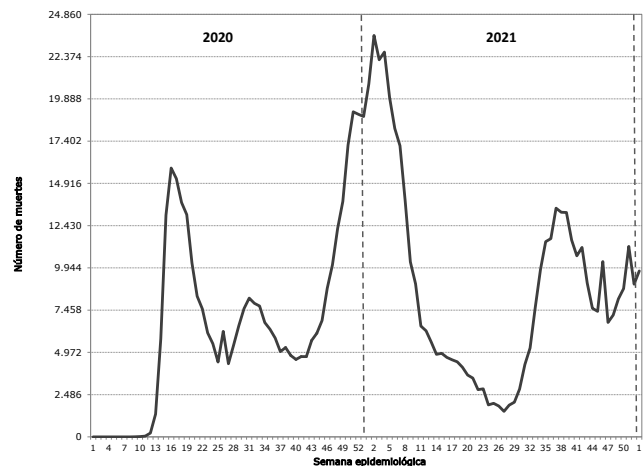
En general, el informe de los CDC reveló que el número récord de infecciones en las semanas recientes ha provocado un aumento en las hospitalizaciones. Pero entre los niños, el grupo de menos de 5 años experimentó el aumento más notable.

En [la última semana epidemiológica de 2021](#), los datos de los CDC mostraron que más de 5 de cada 100.000 niños hospitalizados que tenían de 0 a 4 años estaban infectados con la COVID-19, lo que equivale a casi el doble que la tasa que se reportó a principios de diciembre, antes de que la variante Omicron comenzará a ser la dominante. En los niños mayores, de 5 a 17 años, la tasa fue significativamente más baja, de 1,4 cada 100.000, más acorde con las semanas anteriores.

A lo largo de la pandemia, los niños solo han conformado un pequeño subconjunto de las admisiones al hospital, y las tasas de hospitalización de todos los demás grupos de edad siguen siendo mucho más altas que las observadas en los niños.



Casos confirmados de COVID-19. Estados Unidos. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 1 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 14 de enero de 2022, 18:03 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Estados Unidos. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 1 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 14 de enero de 2022, 18:03 horas.

Aun así, el aumento en las admisiones pediátricas al hospital es preocupante. Pero según el Dr. Richard Malley, especialista en enfermedades infecciosas pediátricas del Hospital Pediátrico de Boston, los números no son particularmente sorprendentes. Malley dijo que el aumento en las hospitalizaciones es una consecuencia predecible de los conteos de casos sin precedentes.



“Si el riesgo de contraer el virus ha aumentado, aunque los niños en general sean menos susceptibles a las consecuencias graves de esta infección, ese pequeño número de niños que normalmente habrían sido hospitalizados debido a la infección por la COVID-19 aumenta”, explicó.

La directora de los CDC, la Dra. Rochelle Paula Walensky, enfatizó que las tasas de hospitalización pueden verse distorsionadas por los casos “incidentales”, lo que empeora la incertidumbre. Señaló que los datos de los CDC incluyen a niños que tuvieron un resultado positivo de COVID-19, pero que quizá estuvieran en el hospital por otros motivos. “Muchos niños están hospitalizados con COVID-19, en lugar de debido a la COVID-19”, aclaró Walensky en diciembre.

Algunos estados clasifican las cifras hospitalarias

“Los hospitales han logrado hacer un gran trabajo al realizar pruebas a todas las personas admitidas”, explicó Malley. “Entonces, ahora, las personas están siendo hospitalizadas por un motivo, y entonces resultan positivas en una prueba, y esto se reporta como un niño hospitalizado con COVID-19, aunque el motivo de la hospitalización pudiera ser, por ejemplo, un hueso roto”.

Algunos estados, entre ellos Massachusetts y New York, están corrigiendo este problema, al implantar un sistema que diferencia entre los casos incidentales y las hospitalizaciones reales debidas a la COVID-19. Pero, en este momento, no está claro qué proporción de las hospitalizaciones son incidentales.

Otro factor a tomar en cuenta es que los niños pequeños que buscan tratamiento en el hospital no siempre están enfermos de gravedad.

El Dr. Santhosh Nadipuram, especialista en enfermedades infecciosas pediátricas del Centro de Salud Pediátrica Maxine Dunitz de Cedars-Sinai, en Los Ángeles, explicó que los hospitales aceptan a los niños pequeños aunque sus síntomas no sean particularmente alarmantes. Lo más frecuente es que estos niños necesiten atención de respaldo, por ejemplo oxígeno, hidratación y la monitorización de un equipo de profesionales mientras luchan contra la infección.

Cuando ocurren infecciones graves en los niños, tienden a darse en los que tienen afecciones subyacentes, como obesidad, prediabetes, problemas cardíacos y asma. Según Nadipuram, entre los síntomas que deberían hacer que los padres lleven a sus hijos pequeños al hospital se encuentran las dificultades para respirar, la respiración acelerada, la deshidratación y una irritabilidad o fatiga extremas.

Lamentablemente, “los síntomas son en realidad muy genéricos, y se presentan en otras infecciones respiratorias virales”, aclaró.

“Mayormente, los pacientes jóvenes que buscan atención para la COVID-19 en los hospitales no están enfermos de gravedad”, según Malley.

“Aunque no se debe minimizar lo aterrador y preocupante que podría ser que se hospitalice a un niño con COVID-19, en general, estos niños no están afectados de gravedad. La mayoría no están enfermos de gravedad como los adultos que atendemos con COVID-19”, apuntó.

Pero los médicos están atentos al síndrome inflamatorio multisistémico en los niños (SIM-N), una rara afección que desarrollan algunos niños unas semanas tras infectarse con la COVID-19.

La Dra. Allison Messina, especialista en enfermedades infecciosas pediátricas del Hospital All Children de Johns Hopkins en St. Petersburg, Florida, dijo que en las próximas semanas podría haber un aumento en los casos de SIM-N.

“Todavía no hemos visto mucho SIM-N, pero estoy esperando a ver qué sucede en el próximo mes, porque quizá observemos un aumento”, advirtió Messina.

Quizá sea menos probable que la variante Omicron provoque problemas a largo plazo

Pero hay ciertas esperanzas de que haya menos probabilidades de que la variante Omicron provoque efectos a largo plazo o retardados, incluso SIM-N, que las otras variantes del SARS-CoV-2.

En esta etapa temprana de la ola de Omicron, los expertos todavía están aprendiendo sobre sus mecanismos exclusivos y cómo podría afectar o no a los pacientes de una forma distinta. Pero se están acumulando evidencias de que esta cepa particular de la COVID-19 concentra su ataque en la nariz y la garganta. Otras variantes, como la Delta, en general eran más propensas a bajar al tracto respiratorio inferior, y a provocar estragos en los pulmones.

“En las variantes anteriores del SARS-CoV-2, la cronología de una infección grave con frecuencia se alarga, y los problemas en general comienzan una vez el virus llega a los pulmones”, explicó Nadipuram.

“Los síntomas graves en el primer par de olas eran más bien retardados, es decir, que la persona contraía la COVID-19 y entonces la intubaban un tiempo, sobre todo las personas con un riesgo de verdad muy alto, las de a partir de 70 años”, comentó. “Luego había una reacción inflamatoria, y se desplomaban, y esas eran las personas que atendíamos en nuestras unidades de cuidados intensivos”.

Nadipuram apuntó que parece que la variante Omicron tiene una cronología más corta. “Ahora mismo, parece actuar mucho más como una enfermedad muy aguda, muy a corto plazo, en que la contrae, y de 12 a 24 horas después hay síntomas”.

Las señales de que una infección con la Omicron está empeorando tienden a materializarse de forma más rápida y obvia. Con Omicron, “es como si los pacientes eligieran una trayectoria”, dijo Nadipuram. “Si tienen un riesgo bajo y les va bien, entran en convalecencia, es decir, mejoran. Y si son pacientes con un riesgo alto, enferman durante el periodo agudo”.

A partir de las evidencias disponibles y lo que ha observado en el hospital, Nadipuram cree que es menos probable que la variante Omicron sorprenda a los médicos con efectos a largo plazo y reacciones retardadas, entre ellas el SIM-N.

“No nos estamos preocupando por esos efectos secundarios a largo plazo que sucedían dos, tres, cuatro semanas más tarde, en que nuestros pacientes desarrollaban unas horribles enfermedades inflamatorias, entre ellas esta entidad del SIM-N que nos preocupaba en los ni-

ños”, apuntó. “No lo estamos viendo por ningún lado, porque esta cepa en particular de verdad parece actuar aquí y ahora”.

Aun así, solo el tiempo dirá qué se puede prever de la variante Omicron. Incluso si resulta menos peligrosa que las cepas anteriores, el gran número de infecciones resultará en muchas enfermedades y pérdidas, lamentó Malley. “Este no es el mensaje correcto que debemos enviar, que este virus no es tan malo, y que por tanto no pasa nada si se abandonan algunas de las medidas de precaución”, añadió.

Por ahora, los menores de 5 años seguirán siendo vulnerables, sobre todo mientras se espera la aprobación de las vacunas para este grupo de edad. Es poco probable que haya una vacuna pronto, porque los ensayos clínicos todavía se están realizando.

Mientras tanto, [Walensky](#) señaló que la clave para proteger a los niños que son demasiado pequeños para vacunarse contra la COVID-19 es asegurar que todas las personas que les rodean estén vacunadas y hayan recibido el refuerzo.

“Por favor, por nuestros niños más pequeños, que todavía no son elegibles para la vacunación, es críticamente importante que los rodeemos con personas que estén vacunadas para proveerles protección”, imploró el 14 de enero durante una conferencia de prensa sobre el tema.

Los virus complejos de la encefalomiелitis equina venezolana (EEV) consisten en arbovirus relacionados antigénicamente ampliamente distribuidos en las Américas. Solo las variedades AB y C del subtipo I causan epizootias equinas graves y brotes humanos caracterizados por la aparición de encefalitis y daño fetal. Los otros subtipos son endémicos en pequeñas áreas de América del Sur. En 1973, el subtipo III-B, el virus Tonate (TONV), fue aislado en aves de Guayana Francesa. Desde entonces se ha encontrado en países vecinos y en South Dakota y Colorado en Estados Unidos. El ciclo salvaje del TONV aún no se conoce bien. Se ha observado transmisión por insectos Culicidae durante la época de lluvias. Las aves y los murciélagos son los únicos huéspedes vertebrados identificados. En humanos en Guayana Francesa, la seroprevalencia del TONV sugiere una transmisión endémica, particularmente a lo largo de la costa de la región de Bas Maroni. Sin embargo, las descripciones clínicas siguen siendo escasas y no se han informado resultados adversos del embarazo ni transmisión vertical. Un [estudio](#) presentó un caso de transmisión vertical del TONV de una mujer embarazada a su feto y describe los hallazgos ultrasonográficos y fetopatológicos.

Durante la temporada de lluvias de 2019, una mujer de 33 años que vive en la región de Bas Maroni en Guayana Francesa fue remitida a la unidad de diagnóstico prenatal del Centro Hospitalario de Guayana Francesa Occidental, en Saint-Laurent-du-Maroni, por anomalías fetales. Se trató de una mujer sana, con ocho embarazos y siete partos, sin antecedentes de trastornos genéticos o defectos de nacimiento en embarazos anteriores. Estuvo asintomática durante el primer trimestre del embarazo y dio negativo para sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, fiebre chikungunya y fiebre zika. Una ecografía realizada a las 20 semanas de gestación mostró un feto hidrópico con microcefalia. Debido al mal pronóstico, la madre optó por la interrupción del embarazo.

En los análisis se detectó la presencia de un virus del complejo VEE en el líquido amniótico con una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en tiempo real. Aunque las muestras de suero materno recolectadas dos meses antes del embarazo fueron negativas para TONV IgM, la prueba fue positiva al momento de la interrupción del embarazo.

Los resultados de las secuencias en el análisis filogenético mostraron que el virus estaba muy relacionado con el TONV.

La autopsia fetal identificó un feto masculino, pequeño para las 22 semanas de gestación, con dismorfismo y secuencia de deformación de acinesia fetal. El examen neuropatológico descubrió una hemorragia meníngea notable y confirmó una hidrocefalia leve. El examen histológico encontró trastornos de la migración neuronal (sobremigración y heterotopía nodular), reacción microglial y hemorragia subaracnoidea. La médula espinal estaba desprovista de neuronas motoras. Se detectaron múltiples calcificaciones en la sustancia gris del cerebro, cerebelo, columna cervical superior y mesencéfalo. La retina era displásica. Además, las vísceras revelaron estigmas de ingestión de fluido inflamatorio, rico en células polinucleares. Se encontró calcificación en el hígado.

A pesar de una amplia prevalencia en la población de Guyana (52,9% en la región de Bas Maroni en 2001), las infecciones humanas por TONV siguen estando poco documentadas, lo que no sorprende dada la escasez de herramientas de diagnóstico en Guayana Francesa. El TONV a menudo involucra signos y síntomas descritos como fiebre del dengue y, en casos raros, encefalitis, que atestiguan el neurotropismo del virus.

La evidencia de transmisión vertical del TONV podría ser una excepción o podría ser más común, ya que su ocurrencia no se detectó principalmente debido a la falta de instalaciones de prueba. Documentar la posibilidad de transmisión vertical de TONV mediante la secuenciación parcial del genoma viral en el líquido amniótico es un hallazgo sustancial que indica que el virus debe considerarse para el seguimiento de la salud pública, aunque no se hayan reportado casos previos de anomalías fetales relacionadas con este virus. La presencia del TONV en el líquido amniótico de una mujer embarazada con un feto con anomalías graves plantea interrogantes sobre un posible nexo causal que requieren especial atención.

Primero, la concurrencia de varias características histológicas indica una posible infección fetal con reacción inmunológica y muerte celular. La encefalitis viral es una causa importante de activación microglial y nódulos microgliales. En segundo lugar, el espectro de lesiones fetales, en particular las observadas en los sistemas nerviosos central y periférico, se ha observado con otros virus neuroteratogénicos. Por lo tanto, la microcefalia, que recibió amplia atención pública durante la epidemia de fiebre zika, parece ser el resultado común de las infecciones del primer trimestre con una amplia variedad de neuroteratógenos.

En conclusión, los hallazgos ilustran la posibilidad de transmisibilidad vertical del TONV y sugieren fuertemente sus efectos neuroteratogénicos, incluso en mujeres asintomáticas. La capacidad potencial del virus para propagarse más allá de las áreas endémicas actuales hace que sea fundamental que las herramientas de diagnóstico estén ampliamente disponibles para fortalecer la vigilancia epidemiológica y proporcionar más datos sobre el peligro potencial del TONV para las mujeres embarazadas.

Los niveles de plomo en sangre en la población de Port-au-Prince, la capital de Haití son en promedio cinco veces más altos que los reportados en Estados Unidos, según indica un reciente [estudio](#). Además, cuatro de cada diez personas tenían niveles considerados muy altos del metal en la sangre, y siete de cada diez tenían niveles detectables.

La exposición al plomo se asocia con enfermedades cardiovasculares y una presión arterial más alta en los países de ingresos altos, pero no se evalúa adecuadamente en los países de ingresos bajos y medios.

Los resultados –basados en el análisis de 2.504 adultos que participaron en un estudio de cohorte en Port-au-Prince– sirven como una alerta para otros países en desarrollo, cuyas poblaciones también pueden estar expuestas a la contaminación por plomo y, por lo tanto, más sujetas a enfermedades cardiovasculares.

Aunque se sospechaba que los niveles de plomo podrían ser altos en Port-au-Prince, fue sorprendente lo extenso que fue.

El trabajo sugiere que los niveles de plomo en la población deben medirse sistemáticamente en los países de bajos ingresos, porque las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en estas regiones.

Existen pocos datos sobre las mediciones de la población de los niveles de plomo en sangre, y esta medición no se incluye en los estudios de rutina, porque las pruebas de plomo son caras y requieren equipo especial.

Luego de este estudio, los científicos continuarán la investigación analizando las fuentes de exposición al plomo en Haití. Las hipótesis incluyen gasolina, cacerolas y utensilios de cocina esmaltados con compuestos que contienen plomo, y la eliminación inadecuada de baterías automotores.

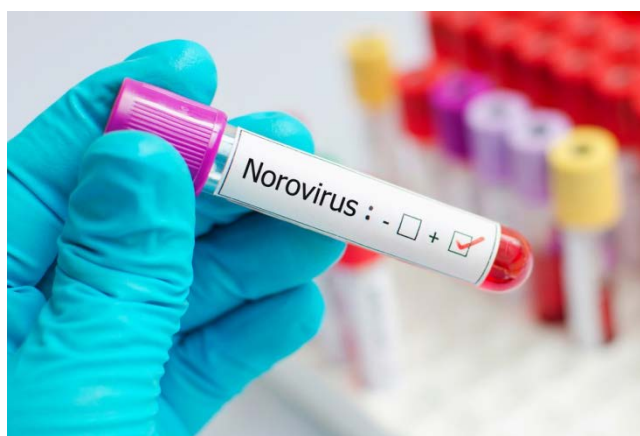
Los resultados de la encuesta de Haití coinciden con los niveles de plomo en sangre observados en la mayoría de los países del mundo. Si bien las fuentes de exposición al plomo varían de un país a otro, en los países desarrollados la fuente principal solía ser la gasolina con plomo, pero este producto se ha eliminado en las últimas décadas.

En los países de ingresos bajos y medios, entre las principales fuentes de exposición al plomo se encuentra el reciclaje de baterías de automóviles, que es el uso más habitual del plomo en la actualidad. Además, también se agrega plomo a las especias para hacerlas más coloridas.

Este problema es mucho más grave de lo que se piensa y merece atención internacional. Los datos mundiales indican que las muertes prematuras provocadas por problemas cardiovasculares por exposición al plomo –alrededor de un millón al año– son mayores que las provocadas por la malaria o el sida.

La enfermedad cardíaca por exposición al plomo es un problema que podría resolverse. La hipertensión es una enfermedad muy complicada y con muchas causas, y si se empiezan a eliminar, ya sea con la dieta o eliminando toxinas, se pueden producir mejoras en la salud del corazón, que es el mayor desafío.

A fines del año pasado, se produjo un brote de una enfermedad infecciosa relacionada con una carnicería en Ilirska Bistrica. Las personas infectadas reportaron dolor abdominal, vómitos y diarrea. Según el Instituto Nacional de Salud Pública (NIJZ), 123 personas presentaron signos de gastroenterocolitis aguda, la mayoría con vómitos y diarrea acuosa, algunos con fiebre. Se aisló norovirus como agente causal en nueve muestras de materia fecal, y *Bacillus cereus* en una muestra.



El NIJZ, junto con la Administración de Seguridad Alimentaria, Veterinaria y Protección de Plantas (UVHVVR) y el Laboratorio Nacional de Salud, Medio Ambiente y Alimentos (NLZOH), completó una investigación sobre el brote y, con base en el cuadro clínico, el curso de la enfermedad y los resultados de los análisis de laboratorio, se confirmó que la causa del brote fue el norovirus. La investigación también mostró que la fuente de los contagios no fueron los alimentos, sino que lo más probable es la transmisión por contacto a través de los envases.

La transmisión del virus a través de los envases no es menos peligrosa. En este caso no se trató de una infección vinculada a la preparación de los alimentos, sino en su manipulación posterior. Seguramente, los alimentos se colocaron sobre superficies que estuvieron en contacto con los clientes, donde pudo haber estado presente el virus. Cuando llegó el SARS-CoV-2, se publicaron instrucciones sobre cómo manejar los alimentos que se llevan de la tienda al hogar para no contagiarse. Algo similar es aplicable al norovirus.

Un total de 139 personas estuvieron expuestas a la infección, tres de las cuales dijeron no consumir los alimentos sospechosos y no presentar problemas digestivos. Mientras tanto, trece personas dijeron que comieron bistec a la tártara de la carnicería en cuestión pero que no presentaron problemas digestivos. Mientras tanto, doce personas informaron que no consumieron ningún alimento sospechoso y enfermaron uno o dos días después del resto. Los miembros de su familia también presentaron problemas digestivos, afirmando haber consumido los alimentos sospechosos.

Las pruebas microbiológicas del bistec a la tártara mostraron que los parámetros analizados estaban dentro de los valores aceptables, lo que lleva a las autoridades a concluir que las per-

sonas no se infectaron por el alimento en sí, sino a través de los envases que entraron en contacto con las superficies de trabajo.

El virus probablemente fue introducido en las instalaciones por un cliente infectado. También se propagó al empaque de los alimentos a través del contacto con las superficies que tocan los clientes.

Las autoridades tampoco descartan la posibilidad de que la infección se haya transmitido entre personas que asistieron a celebraciones familiares y otros eventos de Año Nuevo. Estas personas pudieron transmitir la infección a sus hogares y familiares.

Debido a este brote, se propuso un régimen de higiene más estricto en la carnicería donde los ciudadanos adquieren alimentos. Las medidas fueron ordenadas por el servicio de inspección competente, y la carnicería se cerró hasta el examen médico de los empleados y su desinfección. No se informaron nuevas infecciones posteriormente.

El último caso relacionado con el bistec a la tártara se registró el 30 de diciembre de 2021, según el NIJZ. Actualmente, no se registran informes de infecciones por norovirus en Ilirska Bistrica, pero existe la posibilidad de que se produzcan nuevos casos. Las infecciones por norovirus son muy comunes en jardines de infantes, residencias de ancianos y hoteles.

La infección por norovirus es una enfermedad intestinal infecciosa. Los norovirus son altamente contagiosos entre humanos. Los virus se excretan en las heces de las personas infectadas y se transmiten por las manos, alimentos, agua, a través de superficies contaminadas y por gotitas a través del vómito, así como por contacto directo de persona a persona. La enfermedad afecta a los individuos de manera diferente: algunos pueden presentar un cuadro clínico más leve, pero otros pueden enfermar de manera más grave, y a veces es necesario el tratamiento hospitalario. Pueden producirse reinfecciones.³

³ El norovirus puede ser transmitido a través del consumo de alimentos o líquidos contaminados; el contacto con superficies u objetos contaminados y luego llevarse los dedos a la boca; o el contacto directo con alguien infectado, al atenderlo o compartir alimentos o utensilios para comer con él.

El primer signo de norovirus suele ser una sensación de malestar repentino, seguida de vómitos fuertes y diarrea acuosa. Algunas personas también pueden presentar fiebre –más de 38°C–, dolor de cabeza, calambres estomacales y dolor en las extremidades. Los síntomas generalmente aparecen uno o dos días después de la exposición a la infección, pero pueden comenzar antes. La mayoría de las personas se recuperan por completo en unos pocos días. Aparte del riesgo de deshidratación, la enfermedad generalmente no es peligrosa y, por lo general, la infección por norovirus no tiene efectos duraderos.

El 6 de enero de 2022, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la detección de un caso humano confirmado por laboratorio de influenza aviar A(H5) en South West England.

El caso convivió con un gran número de aves criadas en el país que comenzaron a enfermar el 18 de diciembre de 2021 y posteriormente dieron positivo para influenza aviar altamente patógena (IAAP) A(H5N1) en el Laboratorio Nacional de Referencia del Reino Unido en la Agencia de Salud Animal y Vegetal (APHA), en Weybridge. Como parte del seguimiento de rutina de las personas expuestas a casos de influenza aviar, el 24 de diciembre se hizo un hisopado de las vías respiratorias superiores del caso, que dio positivo para influenza A, subtipo H5. La caracterización adicional del virus está en curso. Este resultado se reprodujo en dos hisopados sucesivos de las vías respiratorias superiores recogidos durante los días siguientes. El caso ha permanecido clínicamente asintomático y ahora se considera que no es infeccioso.

Luego del aislamiento exitoso del virus de muestras recolectadas de aves en las instalaciones infectadas, la APHA analizó los datos de la secuencia completa del genoma para el virus IAAP A(H5N1) presente en estas aves. El análisis genómico demostró que la secuencia generada no contenía fuertes correlaciones para una mayor afinidad específica por los seres humanos.

Respuesta de salud pública

Todos los contactos han sido identificados y manejados de acuerdo con los protocolos nacionales de salud pública. Ninguno de los contactos ha informado síntomas y hasta la fecha no se ha identificado evidencia de transmisión secundaria.

Las instalaciones infectadas fueron visitadas por personal de la APHA que completó el sacrificio de todas las aves. Se han completado varias medidas, incluida la descontaminación completa y la limpieza del exterior de la propiedad.

El Departamento de Medio Ambiente, Alimentación y Asuntos Rurales declaró una zona controlada de seguimiento de aves cautivas de tres kilómetros de radio alrededor de las instalaciones infectadas. La zona permanecerá vigente durante al menos 21 días después de la finalización de la limpieza y desinfección preliminares y no se levantará hasta que se hayan llevado a cabo las actividades de vigilancia, incluidas las inspecciones clínicas de todos los locales comerciales de la zona.

Evaluación de riesgos de la OMS

Desde 2003, se han notificado un total de 863 casos y 455 muertes por infección humana por influenza A(H5N1) en todo el mundo, incluido este caso en el Reino Unido. El caso informado más recientemente en humanos antes del actual ocurrió en [octubre de 2020](#) en Laos, en una mujer de un año que estuvo expuesta a aves de corral de traspatio.

Desde el 1 de octubre de 2021, se han registrado 73 casos en aves de corral y 471 detecciones en aves silvestres individuales de IAAP A(H5N1).

Este es el primer caso informado de infección humana por influenza A(H5) en el Reino Unido. El caso permaneció clínicamente asintomático. El virus no ha sido detectado más allá de este único caso. Se han implementado medidas de salud pública de las agencias de salud humana y animal. Según la información disponible, la OMS evalúa que el riesgo que presenta este virus para la población en general es bajo y para las personas expuestas ocupacionalmente se considera de bajo a moderado.

No existen vacunas específicas para prevenir la influenza A(H5N1) en humanos. Se han desarrollado vacunas candidatas para prevenir la infección por H5 en humanos con fines de preparación para pandemias. Un análisis detallado de la situación epidemiológica, una mayor caracterización de los virus más recientes (humanos y aviarios) y las investigaciones serológicas son fundamentales para evaluar el riesgo asociado y ajustar las medidas de gestión de riesgos de manera oportuna.

Consejo de la OMS

Este caso no cambia las recomendaciones actuales de la OMS sobre medidas de salud pública y vigilancia de la influenza.

Debido a la naturaleza en constante evolución de los virus de influenza, la OMS continúa enfatizando la importancia de la vigilancia global para detectar y monitorear los cambios virológicos, epidemiológicos y clínicos asociados con los virus de influenza emergentes o en circulación que pueden afectar la salud humana (o animal) con el intercambio oportuno de dichos virus e información relacionada para la evaluación de riesgos.

Todas las infecciones humanas causadas por un nuevo subtipo de influenza son de notificación obligatoria según el [Reglamento Sanitario Internacional \(RSI\)](#), y los Estados Partes del RSI (2005) deben notificar de inmediato a la OMS cualquier caso confirmado por laboratorio de una infección humana reciente causada por un virus de la influenza A con el potencial de causar una pandemia. No se requiere evidencia de enfermedad para este informe.⁴

En el caso de una infección humana confirmada o sospechosa causada por un nuevo virus de influenza con potencial pandémico, incluida una variante del virus, se debe realizar una investigación epidemiológica exhaustiva (incluso mientras se esperan los resultados de laboratorio confirmatorios) del historial de exposición a animales, de viajes y rastreo de contactos. La investigación epidemiológica debe incluir la identificación temprana de eventos respiratorios inusuales que podrían indicar la transmisión del nuevo virus de persona a persona, y las muestras clínicas recolectadas en el momento y lugar en que ocurrió el caso deben analizarse y enviarse a un Centro de Colaboración de la OMS para una mayor caracterización.

Cuando los virus de la influenza aviar están circulando en un área, las personas que participan en actividades específicas de alto riesgo, como tomar muestras de aves enfermas, sacrificar y desechar aves infectadas, huevos y gallinaza, y limpiar locales contaminados, deben recibir equipo de protección personal adecuado y capacitación para su uso correcto. Todas las personas involucradas en estas actividades deben ser registradas y monitoreadas de cerca por las autoridades sanitarias locales durante los siete días posteriores al último día de contacto con las aves de corral o su entorno.

Las personas que viajen a países con brotes conocidos de influenza animal deben evitar las granjas, el contacto con animales en mercados de animales vivos, ingresar a áreas donde los animales puedan ser sacrificados o el contacto con cualquier superficie que parezca estar

⁴ Para más detalles, puede consultar las definiciones de casos para las cuatro enfermedades que requieren notificación en todas las circunstancias según el Reglamento Sanitario Internacional (2005), haciendo clic [aquí](#) (en inglés).

contaminada con heces de animales. Los viajeros deben lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón. También deben seguir buenas prácticas de seguridad e higiene alimentaria. Si las personas infectadas de las áreas afectadas viajan internacionalmente, su infección puede detectarse en otro país durante el viaje o después de su llegada. Si esto ocurriera, se considera improbable que se propague más a nivel comunitario, ya que este virus no ha adquirido la capacidad de transmitirse fácilmente entre humanos.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes y/o el comercio con el Reino Unido con base en la información actualmente disponible.



El Centro de Control de Enfermedades de Nigeria (NCDC) informó el 9 de enero 48 nuevos casos confirmados de fiebre hemorrágica de Lassa durante la semana epidemiológica 1 de 2022. Esta cifra fue superior a la de la semana previa, cuando se contabilizaron 28 casos.

Se informaron dos nuevas muertes entre los casos confirmados; la tasa de letalidad es de 4,17%. Esta tasa es inferior a la registrada en el mismo periodo del año 2021, que fue de 22,2%.

Los 48 nuevos casos fueron reportados en 20 Áreas de Gobierno Local de 10 estados: Bauchi (14 casos), Edo (13), Ondo (11), Benue (3), Taraba (2), Kaduna (1), Plateau (1), Kogi (1), Cross River (1) y Ebonyi (1).

Hubo un nuevo caso en un trabajador de la salud, en el estado de Benue.

El grupo etario más afectado es el de 21 a 30 años (rango: menos de 3 a 70 años; mediana de edad: 31,5 años). La razón de masculinidad entre los casos confirmados es de 1:0,9.

El número de casos sospechosos ha aumentado 103,67% respecto de los reportados en igual período de 2021, al pasar de 109 a 222.

Actividades de respuesta

- Se enviaron alertas por fiebre de Lassa a los Estados.
- Se activó en 2022 el modo de alerta del Centro Nacional de Operaciones de Emergencia para una coordinación multisectorial y multidisciplinaria eficaz de la respuesta a la fiebre de Lassa.
- Se activó el Centro Estatal de Operaciones de Emergencia de Salud Pública en los estados afectados.
- Los siete laboratorios moleculares para fiebre de Lassa en la red del Centro Nigeriano de Control de Enfermedades están trabajando a plena capacidad para garantizar que todas las muestras se analicen y los resultados se proporcionen en el menor tiempo de respuesta.
- Los casos confirmados se atienden en centros de tratamiento identificados en todos los estados.
- Difusión de las directrices revisadas sobre gestión de casos y prácticas de entierro seguro.
- Difusión de la guía revisada de prevención y control de infecciones y asesoramiento a los establecimientos de salud.
- Las comunicaciones sobre riesgos y las actividades de participación comunitaria se han ampliado en todos los estados mediante la televisión, la radio, la prensa escrita, las redes sociales y otras estrategias.
- Implementación de la campaña de respuesta ambiental a la fiebre de Lassa en estados de alta carga por parte del Ministerio Federal de Medio Ambiente.
- Distribución de insumos a los estados y centros de tratamiento para la respuesta.
- Despliegue de Equipos Nacionales de Respuesta Rápida en Nasarawa y el Territorio de la Capital Federal.⁵

⁵ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

El Ministerio de Salud de Uganda confirmó un brote de fiebre del Valle del Rift en el distrito de Kagadi.

El brote se confirmó tras la muerte de un pastor de 34 años, residente de Kihuura, en el subcondado de Mabaale, distrito de Kagadi.

El pastor falleció el 10 de enero en el Centro de Salud IV St Ambrose Charity en la ciudad de Kagadi, donde había sido ingresado después de desarrollar fiebre intensa, dolores musculares y de cabeza.

Paul Bahizi, el asistente de salud del distrito de Kagadi, dijo que los funcionarios de salud del distrito comenzaron a sospechar después de la muerte del fallecido. Dice que se vieron obligados a recolectar muestras de él y las enviaron al Instituto de Investigación de Virus de Uganda, en Entebbe, para su análisis, el que dio positivo para fiebre del Valle del Rift.

El Dr. Fred Ssewankambo, representante de la Organización Mundial de la Salud (OMS), solicitó a la autoridad del distrito que inicie rápidamente campañas de sensibilización, especialmente en Mabaale, antes de que la enfermedad se propague.

Lillian Ruteraho, comisionada del distrito de Kagadi, dijo que se ha enviado un equipo de expertos en salud para rastrear los contactos de la víctima, para que se les tomen muestras para su análisis.

Solicitó a los residentes que estén atentos y cooperen con los funcionarios de salud para ayudar a contener el brote de la enfermedad y evitar que se propague a otras áreas.

Ruteraho agregó que el Equipo Nacional de Respuesta Rápida del Ministerio de Salud ha sido alertado y pronto serán enviados al distrito para respaldar a los funcionarios médicos del distrito en el manejo del brote.

La fiebre del Valle del Rift es una zoonosis viral que afecta principalmente a los animales, pero que también tiene la capacidad de infectar a los humanos.

La infección puede causar enfermedades graves tanto en animales como en humanos. Provoca pérdidas económicas significativas debido a la muerte y el aborto entre el ganado infectado. Algunos de los síntomas de la fiebre del valle del Rift incluyen fiebre, dolores musculares, dolores de cabeza, sangrado, entre otros.

El virus se identificó por primera vez en 1931 durante una investigación sobre una epidemia entre ovejas en una granja en el Valle del Rift, en Kenya.

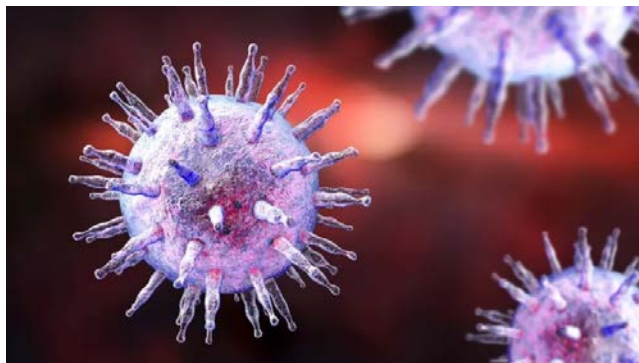
En marzo de 2016, se identificó un brote de fiebre del Valle del Rift en el distrito de Kabale, en el suroeste de Uganda.

Se inició una investigación integral del brote, que incluyó investigaciones sobre humanos, ganado y mosquitos vectores.

En general, se identificaron cuatro casos de enfermedad humana aguda no mortal, tres por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa, y uno por serología IgM e IgG.

Desde hace mucho tiempo se sospechaba que el virus de Epstein-Barr puede desencadenar la esclerosis múltiple. Y un reciente [estudio](#) provee la evidencia más sólida hasta la fecha de que efectivamente juega un papel clave como desencadenante de esa enfermedad.

Una investigación llevada a cabo con más de 10 millones de reclutas militares estadounidenses mostró que prácticamente todos los casos de esclerosis múltiple están precedidos por una infección con el virus.



El virus de Epstein-Barr se transmite principalmente a través de la saliva, por ejemplo, al besar o beber del mismo vaso.

Durante años se ha investigado la hipótesis de que el virus de Epstein-Barr causa la esclerosis múltiple, pero este es el primer estudio que brinda evidencia convincente de causalidad. Es un gran paso porque sugiere que la mayoría de los casos de esclerosis múltiple podrían prevenirse al detener la infección por este virus, y que enfocarse en él podría conducir al descubrimiento de una cura para la esclerosis múltiple.

La esclerosis múltiple, que afecta a 2,8 millones de personas en el mundo, es una enfermedad inflamatoria crónica del sistema nervioso central en el que el sistema inmune ataca las vainas de mielina que protegen las neuronas del cerebro y la médula espinal. Cuando esta cubierta de los nervios se daña, los impulsos nerviosos disminuyen o se detienen.

Esta enfermedad puede causar una amplia gama de síntomas potenciales, incluidos problemas con la visión, el movimiento de brazos o piernas, la sensación o el equilibrio.

Es una afección de por vida que puede llegar a causar una discapacidad seria, aunque en ocasiones puede ser leve.

No se conoce su causa, pero uno de los principales sospechosos es el virus de Epstein-Barr, un tipo de virus del herpes que infecta aproximadamente a 95% de los adultos. Este virus se transmite principalmente a través de la saliva, por ejemplo, al besar o beber del mismo vaso.

Este virus es la causa de la mononucleosis, también conocida como fiebre glandular o “enfermedad del beso”, y establece una infección latente de por vida en el huésped.

La dificultad para establecer una relación causal entre el virus de Epstein-Barr y la esclerosis múltiple es que este virus infecta aproximadamente a 95% de la población.

La esclerosis múltiple, en cambio es relativamente rara y la aparición de los síntomas comienza unos 10 años después de la infección por el virus de Epstein-Barr. Se requieren estudios de grandes cantidades de individuos para establecer si personas que no han sido infectadas con el virus tienen menos probabilidades de desarrollar esclerosis múltiple.

Para determinar la conexión entre el virus y la esclerosis múltiple, los investigadores analizaron muestras de suero tomadas cada dos años a los reclutas.

De esta manera determinaron el estado del virus de Epstein-Barr de los reclutas en el momento de la primera muestra y la relación entre la infección por el virus y la aparición de la esclerosis múltiple durante el periodo de servicio activo.

Los niveles séricos de la cadena ligera de neurofilamentos, un biomarcador de la degeneración nerviosa típica de la esclerosis múltiple, solo aumentaron tras la infección por el virus de Epstein-Barr.



En la esclerosis múltiple hay daños en las vainas de mielina que protegen las neuronas del cerebro y la médula espinal.

Estos resultados, no pueden explicarse por ningún factor de riesgo conocido de la esclerosis múltiple y sugieren que el virus de Epstein-Barr es la principal causa de esa enfermedad.

El riesgo de esclerosis múltiple aumentó 32 veces después de la infección por el virus de Epstein-Barr, pero no cambió después de la infección por otros virus.

El retraso entre la infección por el virus de Epstein-Barr y la aparición de la esclerosis múltiple puede deberse en parte a que los síntomas de la enfermedad no se detectaron durante las primeras etapas y en parte a la relación en la evolución entre el virus de Epstein-Barr y el sistema inmunitario del huésped, que se estimula repetidamente cada vez que el virus latente se reactiva.

Actualmente, no hay forma de prevenir o tratar eficazmente la infección por el virus de Epstein-Barr, pero una vacuna contra este virus o medicamentos antivirales específicos que lo ataquen podrían, en última instancia, prevenir o curar la esclerosis múltiple.

Si bien no existe actualmente una vacuna contra el virus de Epstein-Barr, varios laboratorios, incluyendo Moderna, trabajan en una vacuna de ese tipo.

Para algunos investigadores, este estudio no prueba en forma concluyente una relación de causalidad. Aunque existe evidencia sustancial que sugiere un vínculo entre el virus de Epstein-Barr y la esclerosis múltiple, especialmente cuando se observa una infección sintomática (es decir, fiebre glandular o mononucleosis infecciosa), se requieren uno o más factores adicionales para desencadenar la esclerosis múltiple, ya que a pesar de que nueve de cada 10 personas en todo el mundo están infectadas con este virus, la mayoría no desarrolla esclerosis múltiple.

En última instancia, no existe la certeza de que el virus de Epstein-Barr esté causando la esclerosis múltiple hasta poder observar qué impacto tiene la prevención de la infección por el virus en la incidencia de la esclerosis múltiple.

Arte y pandemia



Un artista callejero pinta un mural basado en los protocolos de seguridad para la COVID-19 en las paredes de un paso subterráneo durante el toque de queda de fin de semana impuesto en New Delhi el 16 de enero de 2022 para frenar la propagación de la COVID-19.

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.