

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de COVID-19

## AMÉRICA

- Situación epidemiológica de los brotes de influenza aviar y sus implicaciones para la salud pública en la Región
- Chile: El hantavirus enfermó a 27 personas y causó siete muertes en lo que va del año
- Estados Unidos: La “fatiga por vacunación” hace más vulnerable al país frente a la influenza

- Estados Unidos: Más de 70 casos en un brote de sarampión en Ohio

- Haití: Situación epidemiológica del cólera

- México: Alerta epidemiológica por brote de malaria en Oaxaca

## EL MUNDO

- Alemania: La bronquiolitis satura los hospitales

- Liberia: Situación epidemiológica de la fiebre hemorrágica de Lassa

- Nueva Zelanda: Se introducirá gradualmente una prohibición casi total de fumar a partir de 2023

- Nueva Zelanda: Alerta por aumento en los casos de enfermedad meningocócica

- Sudáfrica: Reportaron una muerte por rickettsiosis en Klerksdorp

- Rusia: Se detectó un caso de tularemia en el territorio de Krasnoyarsk

- El racismo como una amenaza para la salud pública

### Comité Editorial

**Editor Honorario** ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

### Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

### Editores adjuntos

RUTH BRITO  
ENRIQUE FARÍAS

### Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

### Patrocinadores

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

**CSL Seqirus**  
WWW.SEQIRUS.COM.AR

### Adherentes



Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.



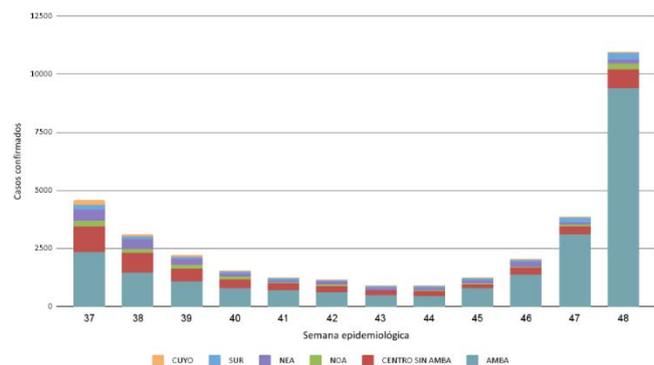
En la semana epidemiológica (SE) 44, el descenso sostenido en el número de casos de COVID-19, que llegó a menos de 1.000 casos registrados en las SE 43 y SE 44, experimentó una interrupción. Desde ese momento se verificó un cambio en la tendencia, con un aumento progresivo en el número de casos, llegando a registrarse 11.009 casos en la SE 48, con un aumento de 37% entre las SE 44 y 45, de 61% entre las SE 45 y 46, de 88% entre las SE 46 y 47, y de 184% entre las SE 47 y 48. Si bien el número de casos semanales está muy lejos de los mayores registros en las olas previas registradas de COVID-19, el aumento de las últimas semanas resulta acelerado.

Si bien los casos se concentran mayoritariamente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (86% en la última SE), el aumento se verifica en todas las regiones del país y en 22 de las 24 jurisdicciones.

En cuanto a casos fallecidos, se registra un muy bajo número de notificaciones en las últimas 10 SE, con un promedio de 7 casos semanales, con un máximo de 13 en la SE 40 y un mínimo de una en la SE 46.

## Nuevas variantes del SARS-CoV-2

Omicron es actualmente la variante dominante que circula a nivel mundial. El patrón de alta transmisión observado para Omicron ha facilitado la aparición de mutaciones adicionales que definen diferentes sublinajes clasificados dentro la misma variante. A la fecha, se han reportado globalmente cinco diferentes linajes principales de Omicron: BA.1, BA.2, BA.3,



Casos confirmados en población general según región. Argentina. Semanas epidemiológicas 37 a 48 de 2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	SE 47		SE 48		Variación semanal (%)
	Casos	% del total	Casos	% del total	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1.840	47,64	5.485	49,82	198,10
Buenos Aires	1.433	37,11	4.445	40,38	210,19
Córdoba	135	3,50	188	1,71	39,26
Entre Ríos	17	0,44	41	0,37	141,18
Santa Fe	30	0,78	81	0,74	170,00
<b>Centro</b>	<b>3.455</b>	<b>89,46</b>	<b>10.240</b>	<b>93,01</b>	<b>196,38</b>
Mendoza	22	0,57	44	0,40	100,00
San Juan	15	0,39	9	0,08	-40,00
San Luis	6	0,16	11	0,10	83,33
<b>Cuyo</b>	<b>43</b>	<b>1,11</b>	<b>64</b>	<b>0,58</b>	<b>48,84</b>
Chaco	37	0,96	68	0,62	83,78
Corrientes	48	1,24	89	0,81	85,42
Formosa	3	0,08	7	0,06	133,33
Misiones	8	0,21	12	0,11	50,00
<b>Noreste Argentino</b>	<b>96</b>	<b>2,49</b>	<b>176</b>	<b>1,60</b>	<b>83,33</b>
Catamarca	23	0,60	56	0,51	143,48
Jujuy	8	0,21	16	0,15	100,00
La Rioja	12	0,31	15	0,14	25,00
Salta	12	0,31	24	0,22	100,00
Santiago del Estero	7	0,18	11	0,10	57,14
Tucumán	34	0,88	127	1,15	273,53
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>96</b>	<b>2,49</b>	<b>249</b>	<b>2,26</b>	<b>159,38</b>
Chubut	16	0,41	21	0,19	31,25
La Pampa	6	0,16	21	0,19	250,00
Neuquén	2	0,05	25	0,23	1.150,00
Río Negro	34	0,88	84	0,76	147,06
Santa Cruz	46	1,19	63	0,57	36,96
Tierra del Fuego	68	1,76	66	0,60	-2,94
Sur	172	4,45	280	2,54	62,79
<b>Total Argentina</b>	<b>3.862</b>	<b>100,00</b>	<b>11.009</b>	<b>100,00</b>	<b>185,06</b>

Casos confirmados y variación intersemanal, según jurisdicción. Argentina. Semanas epidemiológicas 47 y 48 de 2022. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

BA.4 y BA.5 y sus linajes descendientes (BA.1.1, BA.2.12.1, entre otros). En la actualidad, los linajes descendientes de BA.5 Omicron continúan siendo dominantes a nivel mundial.

A nivel mundial, entre el 28 de octubre y el 28 de noviembre de 2022, se compartieron 94.531 secuencias de SARS-CoV-2 a través de la Iniciativa Global para Compartir Todos los Datos sobre Influenza (GISAID), de las cuales 99,9% correspondió a la variante Omicron.

En la SE 45, BA.5 y sus linajes descendientes continuaron siendo dominantes, representando 73% de las secuencias.

Entre las SE 44 y 45, la prevalencia de BA.2 y sus linajes descendientes aumentaron de 7,9% a 10,1%.

Los linajes descendientes de BA.4 disminuyeron de 3,4% a 2,8%.

BQ.1 y sus linajes descendientes tuvieron un aumento de 23,1% a 27,3%. Al 28 de noviembre, BQ.1 tiene más de 30 linajes descendientes.

XBB y sus linajes descendientes aumentaron de 2,7% a 3,8%.

BA.2.75 aumentó de 5,4% a 6,6%, mientras que BA.4.6 disminuyó de 3,1% a 2,9%.

En Argentina, la situación actual de las variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Omicron. En relación a los linajes de Omicron, en la SE 37 la proporción de BA.4, BA.5 y Omicron compatible con BA.4/BA.5 es de 35,37%, 39,02% y 10,98%, mientras que BA.2 se sitúa en 7,32% (todas las muestras registradas para la SE 37 cuentan con identificación de linaje).

Adicionalmente, en la SE 41 se registró un caso de Omicron BQ.1.1 y un caso de Omicron XBB.15.

En relación al resto de las variantes del virus, en las SE 4 y 15 de 2022, se informaron dos casos de la variante Lambda, sin identificación de casos adicionales a la fecha.

## **Vacunación contra COVID-19**

Al 5 de diciembre de 2022, el 49,6% de la población de tres años y más recibió la primera dosis de refuerzo de la vacuna contra la COVID-19. En cuanto a los grupos etarios, se observa que 59,2% de la población de 18 años o más recibió el primer refuerzo, mientras que en el grupo de 50 años o más, la cobertura es de 72,1%. Con respecto a los niños y adolescentes, el grupo de 12 a 17 años alcanzó una cobertura de 37,5%, el de 5 a 11 años una cobertura de 12,9% y el de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31) una cobertura de 2,5%.

Entre las SE 45 y 48, el riesgo de fallecer por COVID-19 en personas sin vacunación o con esquema incompleto fue cinco veces superior al de aquellas personas que cuentan con vacunación de refuerzo, lo cual constituye evidencia local de la efectividad de las vacunas para prevenir la mortalidad en Argentina.



## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS BROTES DE INFLUENZA AVIAR Y SUS IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA EN LA REGIÓN

14/12/2022

Ante la creciente detección de focos de influenza aviar altamente patógena en aves, registrada en ocho países de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reiteró las orientaciones sobre la vigilancia y el diagnóstico por laboratorio en muestras humanas y animales. La OPS/OMS recomendó vigilar y detectar oportunamente la aparición de enfermedad tipo influenza (ETI) o de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en personas expuestas a aves (domésticas, silvestres o en cautiverio) infectadas con virus de influenza aviar.

### Resumen de la situación

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud Animal (OMSA), la temporada epidémica de la influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) continúa con brotes en aves de corral y brotes notificados en otras aves, principalmente en las Regiones de Europa y América. En el periodo epidémico actual, el subtipo A(H5N1) es el predominante y por primera vez se ha registrado una persistencia inusual del virus en aves silvestres durante los meses de verano.

De acuerdo con el patrón estacional de IAAP<sup>1</sup>, se espera que la cantidad de brotes aumente en los próximos meses y la OMSA recomendó que los países mantengan y fortalezcan sus esfuerzos de vigilancia, las medidas de bioseguridad en granjas y continúen con la notificación oportuna de brotes de influenza aviar tanto en aves como en especies no-aves. La calidad de la vigilancia es clave para la detección temprana y la respuesta oportuna ante amenazas potenciales a la salud animal con impacto en la salud pública.

### Situación epidemiológica en la Región de las Américas

Hasta la semana epidemiológica (SE) 49 de 2022, las autoridades de agricultura de Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Perú y Venezuela han detectado brotes de virus IAAP A(H5) en aves domésticas, aves de granja y aves silvestres, que fueron notificados a la OMSA. La detección de brotes de IAAP en cinco países de América del Sur es una situación nunca registrada con anterioridad. Hasta la fecha, únicamente se ha registrado una infección humana causada por influenza aviar A(H5N1) en Estados Unidos, la cual fue notificada el 29 de abril de 2022.

<sup>1</sup> Los virus de la influenza aviar se clasifican en virus de la influenza aviar de baja patogenicidad (IABP) y virus de la influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP), según su capacidad para causar enfermedad en las aves.

- **Canadá:** Hasta el 7 de diciembre de 2022, se han notificado múltiples brotes de IAAP A(H5N1) en aves de corral y otras aves (incluidas aves silvestres) en nueve de las diez provincias de este país: Alberta, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, Newfoundland and Labrador, Nova Scotia, Ontario, Quebec y Saskatchewan. Hasta la fecha, no se han identificado casos confirmados de influenza aviar A(H5N1) en humanos en los brotes identificados.
- **Chile:** El 7 de diciembre de 2022, el Ministerio de Agricultura, junto con el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG) de este país, confirmaron la presencia de un caso de IAAP en un pelícano peruano (*Pelecanus thagus*) en la región de Arica y Parinacota. Adicionalmente, el 8 de diciembre, el SAG informó sobre la confirmación de dos casos, en un pelícano de la región de Iquique y otro de la región de Antofagasta. En los tres casos se identificó la variante A(H5N1). Hasta el momento, no se han registrado casos confirmados de influenza aviar A(H5N1) en humanos en relación con los focos identificados.
- **Colombia:** Entre el 19 de octubre y el 9 de diciembre de 2022, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) identificó 34 focos de IAAP A(H5N1), 12 adicionales desde el 3 de diciembre. Los focos se han detectado en la zona rural del distrito de Cartagena (departamento de Bolívar), el municipio de Acandí (departamento de Chocó), los municipios de Cerepé, Ciénaga de Oro, Loricá, Moñitos, San Bernardo del Viento y San Pelayo (departamento de Córdoba), el municipio de El Retén (departamento de Magdalena) y los municipios de Los Palmitos y Tolúviejo (departamento de Sucre). Los focos han sido identificados en aves de traspatio que tuvieron contacto con aves silvestres que viajan por las rutas migratorias hacia el sur del continente. A la fecha, no se han identificado casos confirmados de influenza aviar A(H5N1) en humanos en los focos identificados.
- **Ecuador:** El 25 de noviembre de 2022, el Ministerio de Agricultura y Ganadería del país detectó un foco de influenza aviar A(H5) en una granja de producción avícola en la provincia de Cotopaxi. La detección es el resultado de los controles que periódicamente se efectúan y que se incrementaron ante la detección de IAAP A(H5) en varios países de la Región. Producto de este foco, se sacrificaron alrededor de 180.000 aves del predio afectado. Adicionalmente, se procedió a la disposición final de las aves, productos y subproductos de la granja. Hasta la fecha, no se han identificado casos confirmados de influenza aviar A(H5N1) en humanos en el brote identificado.
- **Estados Unidos:** Entre fines de 2021 y el 7 de diciembre de 2022, se notificaron brotes del virus IAAP A(H5) en aves acuáticas silvestres, y aves de corral comerciales y de traspatio. Estas son las primeras detecciones de virus de influenza aviar A(H5) desde 2016. La secuenciación genética preliminar y las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en algunas muestras de virus muestran que éstos corresponden al virus IAAP A(H5N1) del clado 2.3.4.4. Durante el mismo período, se informaron brotes de IAAP en aves silvestres en 48 estados y en aves de corral en 47 estados. Más de 53 millones de aves de corral se vieron afectadas debido a los brotes identificados y controlados.

El 28 de abril de 2022, se identificó un caso de influenza A(H5N1) en Estados Unidos en una persona que participó en el sacrificio de aves en una instalación avícola comercial en Colorado, donde se detectó el virus de la influenza A(H5N1) en aves. Este fue el segundo caso humano asociado con este grupo específico de virus H5 que predomina actualmente, y el primer caso en Estados Unidos. El paciente fue aislado y tratado con antivirales, no requirió hospitalización y se recuperó por completo. En este evento, no se identificó evidencia de transmisión de persona a persona del virus de influenza A(H5N1).

- **México:** Entre octubre y 30 de noviembre de 2022, el Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA) identificó brotes de IAAP A(H5N1) en aves de traspatio, granjas avícolas y aves silvestres. Los focos en aves silvestres se identificaron en humedales de los estados de México y Jalisco, así como en Texcoco (reserva natural protegida) y en parques de Baja California, Aguascalientes y Puebla. Se identificaron focos en aves provenientes de granjas avícolas en los estados de Nuevo León, Sonora, Aguascalientes, Jalisco y Yucatán, así como en granjas de traspatio en los estados de Chiapas, Chihuahua y de México. Al 3 de diciembre, los brotes han afectado a casi cuatro millones de aves, la mayoría de postura, procedentes de 17 unidades de producción avícola comercial. Hasta la fecha, no se han identificado casos humanos confirmados de influenza aviar A(H5N1) asociados con estos brotes.
- **Perú:** En 2022, hasta el 22 de noviembre, se identificaron diferentes focos de IAAP A(H5) en pelícanos peruanos (*Pelecanus thagus*) en la playa Cangrejos del departamento de Piura. Adicionalmente se han encontrado casos similares en la playa Pimentel y en los humedales de San José, ambos en el departamento de Lambayeque, y en la playa de Puerto Viejo, departamento de Lima. El laboratorio del Departamento de Virología y Enfermedades Emergentes de la Unidad Naval Seis de Investigaciones Médicas (NAMRU-6) remitió el resultado preliminar de las muestras del primer caso en Piura, la cual ha sido subtipificada como influenza aviar A(H5N1). El 28 de noviembre, el Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA) notificó la identificación del primer brote de influenza aviar A(H5N1) en un predio de crianza de aves de traspatio en el distrito de San José, departamento Lambayeque. A la fecha, no se han identificado casos confirmados de influenza aviar A(H5N1) en humanos en los focos identificados.
- **Venezuela:** El 29 de noviembre de 2022, producto de las actividades de inspección y vigilancia epidemiológica, el Ministerio del Poder Popular para la Agricultura Productiva y Tierras, identificó un foco de IAAP en pelícanos en Puerto Piritu, al oeste del estado de Anzoátegui. Los estudios moleculares detectaron el virus influenza A(H5), siendo esta la primera vez que se detecta la IAAP en Venezuela. Posteriormente el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) confirmó el diagnóstico, completando la caracterización del virus como A(H5N1). Hasta la fecha, no se han identificado casos confirmados de influenza aviar A(H5N1) en humanos en el foco identificado.

Del total de brotes de influenza aviar notificados en la Región de las Américas en 2022, hasta la SE 49 solo se ha identificado un caso de IAAP correspondiente a la detección de influenza A(H5N1) en una persona que participó en el sacrificio de aves en una instalación avícola comercial en Estados Unidos.

---

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



El Ministerio de Salud de Chile informó que 27 personas han padecido hantaviriosis durante este año, lo que provocó la muerte de siete pacientes, concentrándose en las regiones de Ñuble, Los Ríos y Los Lagos.

Las cifras son comparables con las del año 2021, cuando se registraron nueve fallecidos y 30 afectados por el virus.

Hasta el momento, en la Región Metropolitana no se han constatado contagios, aunque el Secretario Regional Ministerial de Salud, Benjamín Gonzalo Soto Brandt, recomendó poner atención a síntomas de fiebre y dolor muscular, seguidos de insuficiencia respiratoria.

“Es muy importante que indiquen, por ejemplo, haber estado en los últimos 40 días en algún sector rural; si estuvieron de camping o haciendo trekking, o en alguna bodega que hace mucho tiempo estaba cerrada en un sector rural”, comentó la autoridad.

Soto enfatizó que poder compartir esos datos “es importante para el clínico, en el servicio de urgencia donde los afectados sean atendidos”.

El director del Programa de Especialización de Medicina Intensiva de la Universidad ‘Andrés Bello’, Sebastián Ugarte Ubiergo, dijo que el cuadro se desarrolla de manera diferente entre pacientes.

“Puede ser muy leve, casi asintomática o puede evolucionar gradualmente hacia un cuadro muy grave, como el síndrome cardiopulmonar por hantavirus, que comienza con tos y dificultad respiratoria, que puede necesitar de ventilación mecánica, circulación extracorpórea y eventualmente llevar incluso a la muerte”, explicó.

Desde los municipios, en tanto, el alcalde de La Reina, José Manuel Palacios Parra, pidió hacer trekking en sectores habilitados y también evitar recoger o consumir alimentos en zonas con vegetación abundante y baja temperatura donde puedan circular roedores.

“En La Reina tenemos dos parques importantes, somos una comuna precordillerana y tenemos senderos que son muy recorridos por nuestros vecinos. Por eso, recomendamos que, en estos desplazamientos, no ir comiendo en el camino, no dejar desperdicios y no salirse de las rutas”, solicitó el jefe comunal.

En la Región Metropolitana se han registrado cinco muertos y 30 contagiados por hantavirus en la última década, mayormente en Melipilla y Talagante. Por lo que el Gobierno llamó a concurrir a campings que cuenten con la autorización sanitaria.

---

Las infecciones por hantavirus ocurren en una amplia región andina de Chile cada año. Estos casos se encuentran en las regiones de Ñuble, Los Ríos y Los Lagos. Aunque no se especifica en este informe, lo más probable es que el hantavirus involucrado en estos casos sea el virus Andes. Este virus es endémico en Chile. Los pacientes probablemente entraron en contacto con áreas habitadas por el roedor reservorio del virus en la región.

El virus Andes rara vez se transmite directamente de persona a persona y solo a través del contacto físico cercano, generalmente dentro de la familia. La fuente más común de infección es el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*), el roedor sigmodontino huésped del virus Andes.

La temporada de influenza comenzó antes de lo previsto en Estados Unidos este año, pero las tasas de vacunación distan mucho de seguir el ritmo.

Los estadounidenses no están tan convencidos sobre las vacunas contra la influenza. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Estados Unidos estableció un objetivo de vacunación de 70% en el [plan Healthy People 2030](#). Pero menos de la mitad de la población se ha vacunado contra la influenza de manera anual, durante al menos la última década.



Los responsables de la sanidad pública afirman que este año ha sido especialmente difícil conseguir que la gente se vacune contra la influenza porque están cansados de oír hablar de vacunas. Lo que antes era un impulso anual para que la gente se vacunara al comienzo de cada temporada de influenza se ha convertido en un mensaje casi constante sobre las vacunas, con un anuncio sobre la nueva disponibilidad o elegibilidad para la vacuna contra la COVID-19 que parece llegar cada dos meses.

“Hay mucha fatiga con respecto a las vacunas. Pedir a la gente este año que se ponga no solo una vacuna, sino la vacuna anual contra la influenza, así como el refuerzo contra la COVID-19, ha sido realmente lo que yo he llamado una venta difícil”, dijo el Dr. William Schaffner, director médico de la Fundación Nacional de Enfermedades Infecciosas y profesor del Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt.

“Hay un viejo dicho, ‘la familiaridad genera desprecio’. Bueno, quizá sea un poco fuerte, pero la familiaridad parece engendrar cierta despreocupación”, dijo.

Esta temporada se han distribuido millones menos de dosis de vacunas contra la influenza que en temporadas anteriores, según [datos](#) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Solo 26% de los adultos se había vacunado contra la influenza a fines de octubre, un plazo que los expertos médicos recomiendan desde hace tiempo para una protección óptima durante la temporada.

Aproximadamente 43% de los menores se había vacunado contra la influenza a fines de noviembre.

### Considerar una nueva normalidad

El primer año de la pandemia de COVID-19, la temporada de influenza 2020-2021, fue una excepción notable, según los expertos.

Las tasas de vacunación contra la influenza se dispararon más de lo habitual en medio de temores de una “doble pandemia”, con el SARS-CoV-2 y el virus de la influenza circulando juntos.

“El mensaje de salud pública –y creo que lo hicimos con gran eficacia– fue: ahora mismo no puedes protegerte contra la COVID-19, pero sin duda puedes eliminar la posibilidad de la influenza”, dijo L.J. Tan, director de estrategia de la Immunization Action Coalition y copresidente de la Cumbre Nacional de Vacunación contra Influenza en Adultos, organizaciones sin fines de lucro dedicadas a mejorar la cobertura de vacunación en Estados Unidos.

“Estábamos saliendo del confinamiento, y la gente quería estar activa en lugar de pasiva. Así que cuando le dijimos en ese momento ‘No tienes una vacuna contra la COVID-19, pero sin duda puedes quitarte la influenza de encima vacunándote’, la gente dijo: ‘Sí, lo haré’”.

Pero esa doble amenaza no se materializó. Las temporadas de influenza han sido inusualmente leves en los dos últimos años, y la gente ha bajado la guardia, dicen los expertos.

“Casi he tenido que recordar a la gente lo que es la influenza”, afirmó Schaffner. “Hemos tenido dos años de muy poca influenza. Y, por supuesto, todo el mundo ha estado preocupado por la COVID-19, y quieren dejar atrás la COVID-19 y seguir con sus vidas”.

Ahora, los mensajes continuos sobre la triple amenaza de los virus (influenza, SARS-CoV-2 y virus sincicial respiratorio) no llegan de la misma manera. La urgencia es real, ya que los hospitales de todo el país amplían su capacidad a niveles récord, pero no está impulsando a la gente a actuar.

“Me parece que la gente se ha acostumbrado a las malas temporadas de influenza para los ancianos. Así que esto es lo mismo, con algunos virus más. Hay una sensación de que esto es lo que vamos a esperar y esto es con lo que tenemos que vivir”, dijo el Dr. Jesse Hackell, un pediatra que fue coautor de un [informe clínico](#) sobre cómo contrarrestar la indecisión de la vacuna en 2016.

“Lo que estamos pasando por alto es el hecho de que los niños y los hospitales infantiles están sufriendo de una manera que nunca antes habíamos visto”.

Numerosos estudios han encontrado que las vacunas contra la influenza y la COVID-19 reducen significativamente el riesgo de resultados graves para aquellos que se infectan, incluida la hospitalización y la muerte, reduciendo así la carga sobre la fuerza de trabajo de atención médica.

Según Hackell, la fatiga general por las vacunas se ve agravado por la fatiga por la toma de decisiones.

La gente tiene que elegir si se vacuna contra la influenza cada año y, más recientemente, tiene que tomar decisiones sobre los refuerzos actualizados de la vacuna contra la COVID-19. Cada nueva decisión abre la puerta a errores o a que la desinformación se filtre en el proceso.

“Si se tratara de una vacuna como la del sarampión, en la que es realmente eficaz y no se repite, podría ser diferente”, dijo Hackell. “Pero tenemos que compararla con las vacunas contra la COVID-19 y contra la influenza, donde la eficacia es menos que espectacular, y cuando hay mucha controversia, creo que eso afecta”.

Los profesionales sanitarios también están agotados, dicen los expertos.

“Creo que también hay fatiga, daño moral, agotamiento, por parte de los proveedores. No estamos insistiendo tanto”, afirmó Hackell, que también preside el Comité de Práctica y Medicina Ambulatoria de la Academia Estadounidense de Pediatría. “Resulta muy difícil mantener estas conversaciones improductivas una y otra vez. Y ahora hay tantas más enfermedades respiratorias que no sé si hay tiempo para mantener estas largas conversaciones cuando la consulta está llena de niños enfermos”.

## Relación entre la COVID-19 y la influenza

La aceptación de la dosis de refuerzo actualizada contra la COVID-19 también ha sido mediocre: según los datos de los CDC, menos de una de cada siete personas que cumplen los requisitos ha recibido la vacuna desde que se autorizó en el otoño boreal.

Los mensajes de la Casa Blanca instan a los estadounidenses a aplicarse la vacuna de refuerzo actualizada contra la COVID-19 y la vacuna contra la influenza al mismo tiempo.

Pero a pesar de la conveniencia de recibir ambas vacunas a la vez, existen pruebas de que la combinación de ambas no es la mejor manera de aumentar las tasas de cobertura de ninguna de ellas.

Siempre ha habido dudas en torno a la vacunación, pero se ha politizado mucho durante la pandemia de COVID-19.

“Todavía hay mucha gente en este país que no cree en las vacunas contra la influenza y la COVID-19 y a la que no hemos podido convencer”, afirmó Lori Tremmel Freeman, directora ejecutiva de la Asociación Nacional de Funcionarios Sanitarios de Condados y Ciudades. “La influenza es grave en Estados Unidos, y mata a mucha gente, y manda al hospital a mucha gente, y ataca a jóvenes y mayores. Así que deberíamos prestarle más atención”.

Pero incluso cuando el interés por las vacunas de refuerzo era mayor, era raro que la gente se pusiera las dos vacunas simultáneamente.

Los reportes al sistema de monitoreo V-safe de los CDC muestran que menos de uno de cada 10 personas que recibieron una vacuna de refuerzo contra la COVID-19 entre septiembre de 2021 y mayo de 2022 se vacunaron contra la influenza al mismo tiempo.

“Damos múltiples vacunas a nuestros hijos al mismo tiempo, pero no lo hemos hecho típicamente para los adultos”, dijo Tan, ex enlace del comité asesor de vacunas de los CDC para la Asociación Médica Estadounidense.

Tratar de persuadir a la gente para que haga algo nuevo puede sumarse a la indecisión que ya se ha generalizado y hacer que sea menos probable que acudan. En cambio, parece mucho más probable que la gente acepte la oferta de una vacuna contra la influenza en una cita que programó para recibir un refuerzo de la vacuna contra la COVID-19, o viceversa.

“Cierta confianza la da la interacción directa con un proveedor de atención sanitaria, en este caso, el farmacéutico o el médico o el clínico, que es capaz de tranquilizar al paciente asegurándole que es seguro”, afirmó Tan. “En esa conversación personal entre el proveedor y el paciente, éste acaba confiando y vacunándose. Es un testimonio también de nuestros extraordinarios profesionales sanitarios”.

Puede que el mensaje esté abriéndose paso. En los centros Walgreens, la administración conjunta de la vacuna contra la influenza y contra la COVID-19 ha aumentado 70% este año respecto del año pasado.

## Más vale tarde que nunca

Tan afirma que ha habido signos de mejora en las últimas semanas.

Las farmacias se están volviendo mucho más populares que los consultorios médicos entre los adultos a la hora de elegir dónde vacunarse contra la influenza, y los [datos](#) de los CDC muestran que el número de vacunas contra la influenza administradas en farmacias esta temporada está superando al del año pasado. “Es una señal de que hay más oportunidades de

llegar a un grupo más amplio de adultos por lo demás sanos que tienen menos probabilidades de tener un proveedor de atención primaria”, dijo Tan.

“Por lo menos ahora tenemos un repunte, en lugar del continuo descenso que registramos hace cuatro semanas”, afirmó. “Pero, si bien suena positivo, se debe recordar que debemos ser mejores de lo que somos actualmente”.

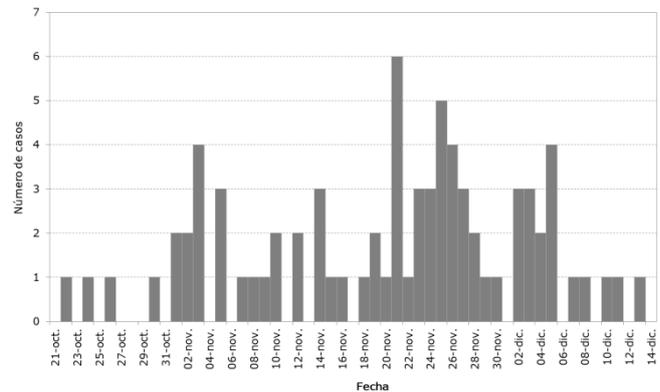
Y aunque luchar contra la “fatiga” sobre la vacunación es un reto, no es una excusa para dejar que las tasas de vacunación decaigan.

“En muchas circunstancias, podemos superar la fatiga con acceso”, dijo Tan.

En el ámbito de la salud pública, “debemos empezar a ser propositivos para averiguar qué mensajes deben cambiar para que podamos pensar de forma innovadora y hacer que la gente vuelva a estar motivada para buscar la vacuna de la influenza. Ahora mismo, es demasiado una vacuna de conveniencia”.

Un brote de sarampión en curso en el centro de Ohio ha enfermado a 77 niños desde mediados de octubre, dando lugar a 29 hospitalizaciones hasta el momento, informó Salud Pública de Columbus. No se han registrado muertes relacionadas con el brote.

Entre el 1 de enero y el 15 de diciembre de 2022, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recibieron informes de 91 casos de sarampión en todo el país, lo que significa que la mayoría pueden atribuirse al brote de Ohio. En comparación, un total de 62 casos de sarampión en Estados Unidos fueron reportados a los CDC en 2020 y 2021 combinados.



Casos de sarampión, según fecha de inicio de los síntomas. Columbus, Ohio, Estados Unidos. Del 21 de octubre al 14 de diciembre de 2022. Fuente: Salud Pública de Columbus. (N=77).

De los niños enfermos en el brote de Ohio, 72 no habían recibido ninguna dosis de la vacuna triple viral (contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola), según Salud Pública de Columbus. Cuatro niños habían recibido una dosis de la vacuna de las dos recomendadas, aunque, en particular, “algunos casos pueden no haber sido elegibles todavía para la segunda dosis debido a la edad”, señaló el departamento de salud. Se desconoce el estado de vacunación del niño restante.

Los CDC recomiendan que los niños reciban la primera dosis de la vacuna triple viral entre los 12 y los 15 meses de edad y la segunda entre los 4 y los 6 años. Alternativamente, la vacuna cuádruple viral, que también protege contra la varicela, puede administrarse siguiendo el mismo calendario de vacunación. Sin embargo, si se viaja al extranjero, puede ser necesario vacunar al niño a una edad más temprana de lo habitual, señalan los CDC.

Se calcula que una dosis de cualquiera de las dos vacunas protege un 93% contra el sarampión, y dos dosis protegen un 97%. Esto significa que hay una pequeña posibilidad de que las personas vacunadas se infecten, pero en estos casos, tienden a tener síntomas más leves de la enfermedad que las personas no vacunadas, según los CDC.

En el brote actual, 52 de los niños afectados, es decir, 67,53%, tienen entre 1 y 5 años. Cinco de los niños tienen entre 6 y 17 años, y 20 son menores de 1 año. En general, los menores de 5 años se enfrentan a un alto riesgo de complicaciones derivadas del sarampión, según los CDC. Estas complicaciones incluyen infecciones de oído, diarrea y deshidratación, así como afecciones más graves y potencialmente mortales, como neumonía y encefalitis; esta última puede provocar convulsiones y cambios en la capacidad auditiva y la función cognitiva.

Del total de 77 casos, 40 son de sexo masculino (51,95%).

El sarampión se propaga a través de la tos y los estornudos de una persona infectada, que libera partículas virales que pueden ser inhaladas o recogidas de superficies contaminadas por otras personas. Según los CDC, este virus increíblemente infeccioso infecta aproximadamente a 90% de las personas no vacunadas que pasan tiempo cerca de una persona infectada, y el

virus puede permanecer infeccioso y suspendido en el aire hasta dos horas después de que la persona infectada salga de la habitación.

En general, los síntomas del sarampión comienzan una o dos semanas después de la exposición; los síntomas iniciales pueden incluir tos, secreción nasal, ojos llorosos y fiebre superior a 40°C. A continuación, aparecen en la boca unos puntos blancos conocidos como manchas de Koplik, y en la cara aparece una erupción cutánea roja y salpicada que luego se extiende al cuello, tronco, brazos, piernas y pies.

“No hay forma de saber qué niños se pondrán tan enfermos que requieran ser hospitalizados”, dijo la portavoz de Salud Pública de Columbus, Kelli Newman. “La forma más segura de proteger a los niños del sarampión es asegurarse de que están vacunados con la triple viral”.

Desde la notificación de los dos primeros casos confirmados de infección por *Vibrio cholerae* O1 en el área del gran Port-au-Prince el 2 de octubre de 2022, al 11 de diciembre de 2022, el Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití, informó un total de 14.777 casos sospechosos en 10 departamentos del país, incluidos 1.262 casos confirmados, 12.709 casos sospechosos internados y 291 defunciones registradas. Esto representa un aumento de 9% de casos sospechosos (1.323 casos más), de 7% de casos confirmados (85 casos más) y de 3% en las defunciones (10 más) con respecto al 6 de diciembre de 2022. Hasta el 11 de diciembre, ocho departamentos confirmaron casos: Artibonite, Centre, Grand-Anse, Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud, y Sud-Est. Hasta el 11 de diciembre, la tasa de letalidad entre los casos sospechosos es de 2%.

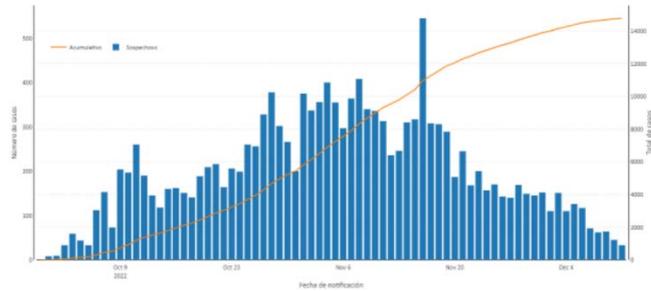
De un total de 3.128 muestras analizadas por el Laboratorio Nacional de Salud Pública (LNSP), 1.262 fueron confirmados, con una tasa de positividad de 40%.

Del total de casos sospechosos notificados con información disponible, 59% son hombres y 46% son personas de 19 años o menos. El grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años (19% del total), seguido o por el de 20 a 29 años (16%) y el de 30 a 39 años (15%).

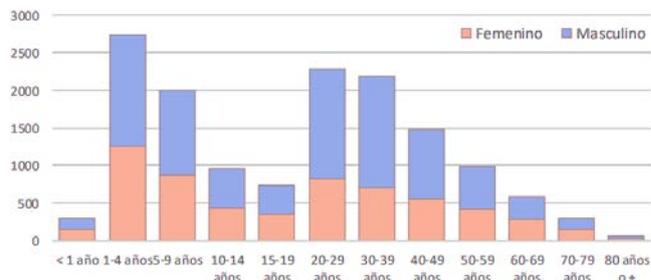
Entre los casos confirmados, 57% son hombres y 46% tienen 19 años o menos. El grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años (19% del total), seguido del de 30 a 39 años (15%) y el de 5 a 9 años (14%).

El Departamento Ouest sigue reportando el mayor número de casos, con 86% de todos los casos sospechosos notificados. Las comunas de Port-au-Prince, Cité-Soleil y Carrefour representan 70% de los 8.920 casos sospechosos reportados en el Departamento Ouest.

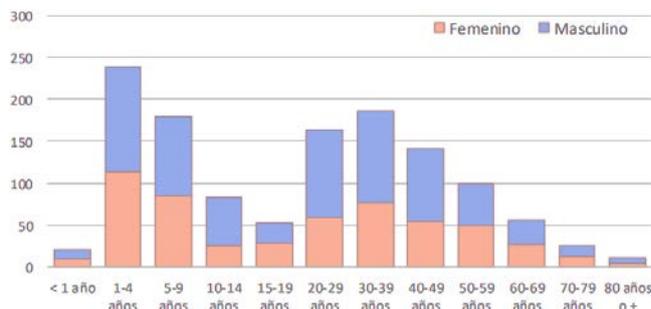
El departamento Ouest registró un incremento de 7% en el número de casos sospechosos y de 3% en el de casos confirmados. Sin embargo, los otros departamentos presentaron un incremento de 34% en el reporte de los casos sospechosos y de 22% en los casos confirmados, respecto de las cifras del 6 de diciembre.



Casos sospechosos de cólera. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 11 de diciembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití. (N=14.777).



Casos sospechosos de cólera, según grupos etarios y sexo. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 11 de diciembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití.



Casos confirmados de cólera, según grupos etarios y sexo. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 11 de diciembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití.



La Secretaría de Salud de Oaxaca (SSO), junto con el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), emitieron una alerta epidemiológica por un brote de malaria en el estado.

Hasta el momento se han identificado y notificado a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) un total de 20 casos confirmados en San Pedro Tapanatepec, Oaxaca; 16 corresponden a casos autóctonos y cuatro a casos importados.



En tanto que la Jurisdicción Sanitaria 01 de Valles Centrales, también ha identificado un caso importado, lo que hace un total de 21 casos confirmados de malaria en Oaxaca.

El Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica, las brigadas de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vector de la Jurisdicción Sanitaria, efectúan rociado domiciliario y acciones de termonebulización en las localidades en donde se detectaron los casos.

Además, realizaron estudios entomológicos en el perímetro de las viviendas cercanas, aunado a la búsqueda activa de casos sospechosos, y toma de muestra a quienes tuvieron contacto con alguna persona contagiada de malaria.

### **Se intensificarán las medidas de protección**

La Secretaría de Salud de Oaxaca intensificará la vigilancia y reporte de los casos a las autoridades sanitarias. A la población se le suministrará repelente de insectos, y se les dará atención médica en caso de presentar escalofríos, fatiga o fiebre, tras sufrir una picadura de mosquito.

La Jurisdicción Sanitaria captará todos los casos de malaria que cuenten con resultado confirmatorio por la red de microscopía, posteriormente se dará tratamiento específico dentro de las primeras 24 horas de haber confirmado el caso, y se hará el seguimiento del paciente para evaluar la respuesta al tratamiento.

Se realizará la investigación complementaria alrededor del caso en las primeras 48 horas de ser confirmado, a fin de determinar si la infección se adquirió localmente o corresponde a casos importados; se realizarán acciones que permitan la detección, diagnóstico y tratamiento de todo caso confirmado en un periodo no mayor de 72 horas.

Se han reportado 157 casos de malaria, distribuidos en seis entidades federativas: Chiapas (94 casos), Campeche (30), Oaxaca (21), Chihuahua (8), Tabasco (3) y Sinaloa (1). Todos los casos han sido confirmados por la red nacional de microscopía certificada por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE).

Andreas, el pequeño hijo de la brasileña Débora Zilz, es uno de los afectados por la epidemia de bronquiolitis que enfrenta Alemania, aunque él tuvo más suerte que otros bebés. Su madre, residente en Berlín, acudió al Hospital 'Saint Joseph' de la capital alemana con su hijo aquejado de una seria complicación respiratoria, pero en ese momento no pudieron hacer nada. Después de pasar una larga noche en urgencias le pudieron hospitalizar. "Cuando llegué al servicio de urgencias hace dos días, no había más lugar", comentó Zilz.



El personal, desbordado por la situación "llamó a todos los hospitales de Berlín y de Brandenburg", el estado vecino, en busca de una cama para su bebé de apenas 13 días de vida. No obstante, la situación para el paciente fue favorable: "Al final, tras pasar una noche en el servicio de urgencias, pudimos quedarnos", dijo.

El pequeño Andreas en el servicio de cuidados intensivos bajó de peso hasta llegar a los 3.100 gramos, los que pesaba cuando nació. El pequeño sufre bronquiolitis, una infección que afecta sobre todo a la primera infancia y en este momento golpea duramente a Alemania.

Este aumento de casos de bronquiolitis se ha dado, según los expertos, por las necesarias medidas implementadas a raíz de la pandemia de COVID-19. Los más pequeños han estado muy poco expuestos a los virus, por lo que no han podido inmunizarse. Alemania no es el único país que vive esta situación: varios países de la Unión Europea también están viviendo este resurgimiento.

La situación es preocupante sobre todo para los recién nacidos y los niños que por primera vez están expuestos al virus sincicial respiratorio, que es el que comúnmente causa la bronquiolitis.

## Una plantilla más reducida de sanitarios

A la gravedad de la situación se le suma la escasez de pediatras del hospital alemán, por lo que, según los médicos "la plantilla hace lo que puede". "Estamos con el agua al cuello", confesó Beatrix Smchmidt, jefa del departamento de pediatría y neonatología del hospital. Ade-

más, apuntó que cuentan con “una cantidad increíble de niños enfermos, trabajadores infectados y a la vez, una escasez crónica de personal”.

Ubicado en el barrio de Tempelhof, cerca del centro de Berlín, el Hospital ‘Saint Joseph’ normalmente cuenta con 80 camas para niños enfermos, pero debido a la escasez de sanitarios, actualmente solo pueden utilizarse 51. Además, en la unidad de cuidados intensivos cuenta con 18 camas, las cuales están todas ocupadas.

Muchos pequeños enfermos han tenido que ser transportados en helicóptero a otras regiones, como el estado de Mecklenburg-Vorpommern y Niedersachsen.

De acuerdo con datos del Instituto de Salud ‘Dr. Robert Koch’, unos 9,5 millones de personas sufrieron algún tipo de enfermedad respiratoria en Alemania la semana pasada, en todos los grupos de edad.

La cifra se sitúa bastante por encima del mismo periodo en 2021 y se encuentra más alto que el pico de la epidemia de influenza de 2017-2018. “Durante muchos años hemos ahorrado en nuestro sistema de salud. Y los niños son los primeros en pagar el precio”, comentó Smchmidt.

Se han notificado previamente casos confirmados de fiebre hemorrágica de Lassa en Liberia durante más de seis años. En 2021, el país experimentó un total de 12 brotes de fiebre de Lassa, incluidos 25 casos confirmados en laboratorio con 16 muertes (tasa de letalidad de 64,0%). Estos brotes generaron un total de 325 contactos, de los cuales 196 fueron trabajadores de la salud. Entre 2016 y 2020, se informó un total de 165 casos confirmados, incluidas 66 muertes (tasa de letalidad de 40,0%) en siete de los 15 condados de Liberia.



Desde principios de enero hasta el 1 de diciembre de 2022, el país ha experimentado siete brotes, que suman 67 casos confirmados por laboratorio, incluidas 22 muertes (tasa de letalidad de 32,8%). Se registró un total de 669 contactos, incluidos 344 trabajadores de la salud (51,4%), de los cuales cinco (1,0%) se convirtieron en casos confirmados.

De los 15 condados de Liberia, cinco han informado casos confirmados. Los condados más afectados son Bong (22 casos, cuatro muertes), Grand Bassa (26 casos, seis muertes) y Nimba (17 casos, 11 muertes). Los condados de Montserrado y River Gee han informado cada uno de un caso confirmado, con una muerte en el condado de River Gee.

De los 67 casos confirmados, casi la mitad son hombres (49,3%). El grupo de edad más afectado es el de 15 a 29 años (26 casos; 38,8%), seguido por el de menores de 15 años (22 casos; 32,8%), el de 30 a 44 años (15 casos; 22,4%) y el de 45 años y más (4 casos; 6,0%). La mayoría de los casos confirmados son estudiantes.

### Acciones de salud pública

Desde los brotes de 2022, se han implementado medidas de respuesta, que incluyen vigilancia y pruebas de laboratorio, vigilancia y control de vectores, manejo de casos, etc. El Instituto Nacional de Salud Pública de Liberia y el Ministerio de Salud brindan apoyo técnico y logístico a los Equipos de Salud de los condados con apoyo de socios. Las acciones tomadas en el brote actual se detallan a continuación:

- Están en curso la búsqueda activa de casos y el rastreo de contactos en las comunidades y distritos afectados.
- Elaboración y difusión de informes de situación semanales por condados afectados.
- Se han llevado a cabo capacitaciones de la tercera edición de Vigilancia y Respuesta Integradas a Enfermedades en los condados afectados.
- El Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Pública continúa analizando muestras de fiebre de Lassa.
- Aislamiento y manejo de casos en instalaciones designadas.
- Campañas de limpieza en curso y medidas de control de roedores en los condados afectados (Bong, Grand Bassa y Nimba).

- Están en curso la comunicación de riesgos y la participación comunitaria en las comunidades afectadas y aledañas. Está en marcha la emisión de jingles sobre la prevención y el control de la fiebre de Lassa en los condados de Bong, Nimba y Grand Bassa.

### **Interpretación de la situación**

Liberia es uno de los países de África Occidental donde la fiebre hemorrágica de Lassa es endémica, junto con Benin, Ghana, Guinea, Nigeria, Malí, Sierra Leona y Togo. La tasa de letalidad se ha reducido a la mitad en 2022 (32,8%) en comparación con 2021 (64,0%). Esto puede atribuirse a una mejor gestión de casos como resultado de la disponibilidad del medicamento ribavirina inyectable adquirido por la Organización Mundial de la Salud y entregado previamente en los hospitales de distrito en todos los condados que notifican casos sospechosos y confirmados. Sin embargo, aún se deben realizar esfuerzos para una llegada más temprana de los casos a los establecimientos de salud para una gestión más temprana de los mismos, lo que podría contribuir a reducir aún más el número de muertes.

Nueva Zelanda introducirá gradualmente una prohibición casi total de fumar a partir del próximo año.

La nueva ley aprobada el 13 de diciembre por el Parlamento neozelandés implica que cualquier persona nacida después de 2008 jamás podrá comprar cigarrillos o productos de tabaco en el país.

A medida que aumente la edad mínima para comprar cigarrillos, la cantidad de personas que podrá hacerlo se reducirá cada año.

Para 2050, por ejemplo, las personas de 40 años serán demasiado jóvenes para comprar cigarrillos.

La ministra de Salud, Ayesha Jennifer Verrall, quien presentó el proyecto de ley, señaló que era un paso “hacia un futuro libre de humo”.

“Miles de personas vivirán vidas más largas y saludables y el sistema de salud se ahorrará 3.200 millones de dólares al no tener que tratar las enfermedades causadas por el tabaquismo”, afirmó Verrall.

La tasa de tabaquismo de Nueva Zelanda ya se encuentra en mínimos históricos. Solamente 8% de los adultos fuma diariamente, según las estadísticas del gobierno publicadas en noviembre, una reducción de 9,4% respecto del año pasado.

Se espera que la nueva legislación, llamada Proyecto de Ley de Ambientes Libres de Humo, reduzca el porcentaje de adultos fumadores a menos de 5% para 2025. El objetivo a largo plazo es eliminar la práctica por completo.

### **Menos comercios**

El proyecto de ley también limita la cantidad de comercios que pueden vender productos de tabaco, que se reducirá de 6.000 actualmente a 600 en todo el país.

También se disminuirán los niveles de nicotina en los productos de tabaco para hacerlos menos adictivos.

“Esto significa que la nicotina se reducirá a niveles no adictivos y las comunidades estarán libres de la proliferación de minoristas que apuntan a la venta de productos de tabaco en áreas específicas”, agregó Verrall.

La ministra agregó que la legislación podría cerrar la brecha en la esperanza de vida entre los ciudadanos maoríes y los no maoríes.

La tasa general de tabaquismo entre los ciudadanos maoríes es actualmente de 19,9%, por debajo del 22,3% del año pasado.



La nueva legislación no prohíbe los cigarrillos electrónicos, que son mucho más populares entre las generaciones más jóvenes que los cigarrillos.

Críticos del proyecto de ley, incluyendo el partido ACT (Asociación de Consumidores y Contribuyentes), que tiene 10 escaños en el parlamento, advirtieron que las nuevas medidas podrían impulsar un mercado negro de productos de tabaco y acabar con las pequeñas tiendas.

“Nadie quiere ver a la gente fumar, pero la realidad es que algunos lo harán y la prohibición introducida por el Partido Laborista (en el poder), típica de un Estado paternalista, va a causar problemas”, señaló la líder adjunta de ACT, Brooke Olivia van Velden.



Un dramático aumento en el número de casos de enfermedad meningocócica en algunos de los grupos más vulnerables de Nueva Zelanda ha provocado una advertencia de un vacunólogo local.

Ha habido 69 casos de enfermedad meningocócica invasiva este año, un aumento de más de 50% en el número de casos en comparación con el año anterior, según los últimos datos del Instituto de Ciencias e Investigación Ambientales (ESR).

Los bebés y los niños son los más vulnerables a la enfermedad, en particular los maoríes y pasifícos, que representan 90% de todos los casos en menores de cinco años este año.

Los adolescentes y adultos jóvenes también corren un mayor riesgo, constituyendo 28% de los casos en menores de 30 años.

De todas las regiones, Bay of Plenty y Otago/Southland se han visto afectadas de manera desproporcionada, cada una de las cuales registró las tasas más altas de la enfermedad en el país y representó casi una cuarta parte (23%) de los casos en 2022. Northland, West y South Auckland sumaron más de 30% de los casos.

La enfermedad meningocócica es una infección bacteriana poco común pero potencialmente mortal que causa dos enfermedades graves: meningitis y septicemia.

Incluso con atención médica inmediata, alrededor de uno de cada diez pacientes que contraen la enfermedad morirá, y hasta uno de cada cinco sobrevivientes tendrá discapacidades permanentes, como daño cerebral, amputación de extremidades y pérdida de audición.

Existen varios serogrupos de la bacteria *Neisseria meningitidis*: A, B, C, W e Y. El más común en Nueva Zelanda es el B, que representó 80% de los casos en lo que va del año.

La vacuna contra el meningococo B se financiará como parte de las inmunizaciones infantiles programadas a partir del 1 de marzo de 2023, con un programa de actualización para los próximos dos años y medio para vacunar a todos los menores de cinco años.

Las vacunas contra el meningococo B también se financiarán para personas de 13 a 25 años en situaciones de convivencia cerrada, como albergues, internados, residencias universitarias y militares, con un programa de recuperación de un año para jóvenes que ya viven en entornos de convivencia cerrados.

Anteriormente, esta vacuna solo estaba financiada para personas con función inmunológica reducida o contactos cercanos de un caso de enfermedad meningocócica.

Se estima que alrededor de 300.000 neozelandeses serán elegibles durante el período de actualización, y alrededor de 60.000 nuevos bebés y jóvenes cada año a continuación.

La profesora asociada de la Universidad de Auckland, Dra. Helen Petousis-Harris, dijo que el aumento de casos es un recordatorio oportuno para que los padres de bebés y adolescentes estén atentos para identificar las primeras etapas de la enfermedad.

Agregó que a menudo hay confusión sobre el estado de protección, porque los padres pueden pensar que sus hijos ya están cubiertos por el calendario de vacunación infantil.

“Los bebés son un grupo de alto riesgo porque su sistema inmunitario inmaduro facilita que las bacterias invadan su torrente sanguíneo, ya que no han tenido tiempo de desarrollar una inmunidad natural. Los niños que asisten al preescolar o a la guardería también corren un mayor riesgo”, dijo.

“La enfermedad meningocócica puede tener un impacto debilitante en los pacientes y sus familiares. Puede circular en la comunidad sin que se detecten casos, y luego, de repente, puede presentarse un brote. Durante mucho tiempo nos ha preocupado la posibilidad de que Nueva Zelanda experimente un brote significativo”, dijo.

Nueva Zelanda tiene una tasa más alta de enfermedad meningocócica invasiva en comparación con otros países desarrollados, y la tasa de enfermedad ha ido en aumento desde 2014.

“Los nuevos datos son un recordatorio oportuno de que la enfermedad meningocócica puede estar circulando en la comunidad, y debemos estar atentos para protegernos contra ella y reconocer los síntomas”.

“La enfermedad meningocócica puede desarrollarse rápidamente, generalmente comenzando con fiebre, vómitos, dolor de cabeza y una sensación general de malestar. Sin embargo, esto puede progresar muy rápidamente a un sarpullido, dolor en las extremidades, manos y pies fríos, rigidez en el cuello, confusión y fotofobia”, dijo.

Según el marco de financiación actual de Pharmac, todavía habrá una cohorte de jóvenes adolescentes que corren un mayor riesgo pero que no cumplirán los criterios para el acceso financiado, incluidos los estudiantes de secundaria y terciaria que frecuentan ambientes con muchas personas.

Brett Marett, director médico de GlaxoSmithKline en Nueva Zelanda, indicó que las tasas de enfermedad meningocócica en el país son elevadas: el doble en comparación con Australia, y 25 veces más de lo que se informa en Estados Unidos.

“Alentamos a todos los padres y proveedores de atención médica a priorizar la vacunación de las personas en riesgo contra el meningococo B. Para los niños que han comenzado sus vacunas infantiles y los jóvenes, esto significa que es posible que deban programar citas adicionales para recibir su vacuna”, dijo.

---

*Neisseria meningitidis* se clasifica en serogrupos según la especificidad antigénica de su cápsula de polisacárido. Seis serogrupos –A, B, C, X, W e Y– causan casi todas las enfermedades invasivas a nivel mundial. En Nueva Zelanda, de 2015 a 2017, los serogrupos B y C fueron las causas más frecuentes de enfermedad meningocócica. Sin embargo, esto ha cambiado desde 2018 con un aumento de la enfermedad causada por los grupos W o Y. Durante 2018-2019, menos de la mitad de los casos fueron causados por el serogrupo B, y poco menos de la mitad por los grupos C, W o Y. El serogrupo A rara vez causa la enfermedad en Nueva Zelanda.

Hay dos vacunas antimeningocócicas financiadas disponibles en Nueva Zelanda: una que cubre solo el serogrupo B (Bexsero®) y una tetravalente conjugada que cubre los serogrupos A, C, W e Y, pero no el B.

Actualmente, la vacuna antimeningocócica ACWY (Menactra®) está totalmente financiada en Nueva Zelanda para:

- niños, adolescentes y adultos con sistemas inmunitarios debilitados que corren el riesgo de contraer la enfermedad meningocócica o que son un contacto cercano de alguien con la enfermedad meningocócica; y
- personas de 13 a 25 años en una situación de convivencia cercana que se encuentren dentro de los próximos tres meses o estén en su primer año de vivir en albergues de internados, residencias universitarias de educación terciaria, cuarteles militares o prisiones.

La vacuna antimeningocócica B también está completamente financiada en Nueva Zelanda para niños, adolescentes y adultos con sistemas inmunitarios debilitados que corren el riesgo de contraer la enfermedad meningocócica, han tenido la enfermedad meningocócica de cualquier serogrupo o son un contacto cercano de alguien con la enfermedad meningocócica, pero no para aquellos en una situación de convivencia cercana.

La Agencia de Gestión Farmacéutica de Nueva Zelanda, más conocida como Pharmac, es una entidad que decide, en nombre de Salud de Nueva Zelanda, qué medicamentos y productos farmacéuticos se subvencionan para su uso en la comunidad y hospitales públicos.

El Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica (NICD) informó una muerte por rickettsiosis en Klerksdorp, provincia de North West.

El caso, un hombre de 43 años, sin comorbilidades conocidas, visitó el 19 de octubre de 2022 a su médico de cabecera local con síntomas similares a los de la influenza, como fiebre y sudoración. Informó que trabajaba como agricultor y había ayudado a extinguir un incendio en el *veld* dos semanas antes. Tampoco informó antecedentes significativos de viajes o exposición en las semanas previas al inicio de los síntomas.

El paciente manifestó su temor en torno a la rickettsiosis, por lo que se realizaron pruebas de anticuerpos para la enfermedad y se tomaron muestras de sangre para su análisis. Según su médico de cabecera, no se encontraron escaras en el examen. Luego, se le recetaron antibióticos y se le dio de alta mientras se esperaban los resultados de los análisis de sangre.

El 21 de octubre, el estado del paciente empeoró. Fue admitido en el Hospital Privado de Vryburg, se le recetó otra clase de antibióticos y se le realizaron pruebas adicionales. En este momento, los resultados preliminares de anticuerpos tanto para brucelosis como para rickettsiosis fueron negativos, mientras que los nuevos resultados mostraron una disfunción hepática grave, un panel viral respiratorio negativo y detección de hepatitis negativa. Este empeoramiento del cuadro, junto con un episodio de síncope y los resultados de sangre anormales, llevaron a la derivación del paciente al Hospital Terciario Klerksdorp-Tshepong (KTTH).

El paciente fue recibido en KTTH y atendido por un cardiólogo, quien rápidamente lo remitió a un médico. En ese momento, la condición del paciente era grave y, en el examen, se notaron dos lesiones tipo escara en el área de la ingle. Se repitieron las pruebas de *Rickettsia*; las muestras se extraviaron, por lo que nunca se realizaron estas pruebas adicionales. Durante su ingreso, el paciente sufrió un episodio de estado epiléptico, pero debido al deterioro de su estado, no se realizó una exploración. Mientras tanto, comenzó con altas dosis de doxiciclina y esteroides, entre otros, pero lamentablemente falleció el 26 de octubre debido a una septicemia y falla multiorgánica con shock refractario.

Se envió una muestra de sangre al laboratorio del NICD, la que fue positiva para *Rickettsia* mediante una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en muestras de suero y plasma, lo que confirmó que el paciente murió por una rickettsiosis.

---

Se denomina *veld* a las praderas de Sudáfrica, las que se extienden por el norte y el nordeste del país.



El primer caso de tularemia en 10 años se registró en el territorio de Krasnoyarsk. Así lo anunció el jefe del departamento del Servicio Federal para la Supervisión y la Protección de los Consumidores (Rospotrebnadzor) de la región, Dmitry Goryaev.

“Un residente del distrito de Boguchansky fue diagnosticado con tularemia. La infección se produjo por contacto con carne cruda de liebre. El último caso de infección se registró en el territorio de la región hace 10 años”, escribió Goryaev.

El anterior caso de tularemia se detectó en la región en 2012, en un residente de la región de Aban que manipuló el cadáver de una rata almizclera enferma.

Existen focos naturales de esta infección en el territorio de Krasnoyarsk, en las regiones de Turukhansky, Karatuzsky, Uzhursky, Abansky, Boguchansky y Taimyr. En la naturaleza, la tularemia afecta principalmente a ratones, ratas de agua, ratas almizcleras, castores, hámsters y liebres. La infección se transmite a los humanos directamente a través del contacto con animales o a través de alimentos y agua contaminados.

La tularemia es una zoonosis bacteriana causada por *Francisella tularensis*, que presenta diversas manifestaciones clínicas que varían según la vía de entrada y la virulencia del agente patógeno. Es una zoonosis propia de lagomorfos y pequeños roedores. La enfermedad afecta también a las personas, animales domésticos (herbívoros y pequeños carnívoros) y otros mamíferos. Puede causar epidemias y epizootias.

El agente etiológico es la bacteria *Francisella tularensis*, cocobacilo Gram negativo, no móvil, intracelular facultativo, aerobio estricto, resistente al frío y a soluciones alcalinas. Es capaz de resistir en agua más de tres meses (a temperaturas de 13-15°C) y de persistir en cadáveres de animales hasta cuatro meses, dependiendo de la temperatura ambiente. Sin embargo, se trata de un microorganismo de baja resistencia a los desinfectantes comunes y a ciertos antibióticos de uso habitual.

Dos subespecies de *Francisella tularensis*, con diferente patogenicidad, causan tularemia en los seres humanos: *F. tularensis* subespecie *tularensis* y *F. tularensis* subespecie *holarctica*. No son distinguibles serológicamente.

Es uno de los patógenos más infecciosos conocidos en la medicina humana. La dosis infectiva en humanos es extremadamente baja: 10 bacterias cuando se inyectan subcutáneamente y 25 cuando se administran como aerosoles, por eso es considerado como un agente biológico en amenazas bioterroristas.

La tularemia es una enfermedad fundamentalmente del Hemisferio Norte, pero existen variaciones geográficas y en el tiempo. En algunos países, hay regiones endémicas con brotes frecuentes que están próximas a regiones completamente libres de tularemia. En general, *F. tularensis tularensis* es propia de América del Norte, mientras que *F. tularensis holarctica* se ha descrito en el Norte de Europa (incluyendo Escandinavia), Rusia y Japón. Existe una amplia variación en la distribución temporal de la enfermedad. En áreas endémicas pueden producirse brotes incluso durante cinco años consecutivos, seguidos de ausencias de la enfermedad durante períodos que pueden llegar a abarcar una década completa. Las razones de esta variación temporal en la presentación de los brotes no están todavía bien determinadas.

En muchos países donde la tularemia es endémica, la enfermedad es estacional; su incidencia parece que es mayor durante el final de la primavera, los meses de verano y los primeros meses del otoño. A menudo, el número de casos muestra amplias variaciones de un año a otro y probablemente está relacionado con factores climáticos como la temperatura y las precipitaciones. Sin embargo, no hay datos que relacionen las condiciones climáticas específicas con los brotes de tularemia.

Los síntomas de la tularemia dependen de las vías de contagio. Sus síntomas más frecuentes consisten en la aparición brusca de fiebre alta, malestar general y lesiones en el lugar de inoculación y afectación de ganglios regionales.

La evolución de los casos de infección por *F. tularensis holarctica* suele ser favorable y los pacientes se curan sin requerir ingreso hospitalario. Sólo excepcionalmente es necesario el ingreso, habitualmente relacionado con complicaciones de alguna enfermedad previa. Las complicaciones son raras (supuración ganglionar) y con tratamiento, la letalidad es menor de 4%. La enfermedad por *F. tularensis tularensis* presenta una tasa de letalidad de 5% a 15%, principalmente debido a las formas respiratorias no tratadas. *F. tularensis holarctica* es menos virulenta y, aun sin tratamiento, ocasiona pocas defunciones.

*F. tularensis* puede infectar a más de 100 especies de animales, fundamentalmente mamíferos, aves e insectos de muy variada distribución geográfica. Los reservorios naturales de la infección son fundamentalmente los pequeños mamíferos, incluyendo topillos, ratones, ratas de agua, ardillas, conejos y liebres, que adquieren la bacteria mediante picaduras de garrapatas, pulgas y mosquitos, o por contacto con entornos contaminados, hecho que varía en función del ecosistema y la especie. En liebres y roedores la letalidad es alta, dejando inmunidad por varios años. En animales domésticos a menudo la infección tiene un carácter subclínico.

Los artrópodos generalmente actúan como meros vectores, aunque algunas garrapatas pueden ser reservorios manteniendo una transmisión transestadial y transovárica. Las moscas pueden albergar el agente hasta 14 días.

Aunque los ciclos enzoóticos de *F. tularensis* ocurren típicamente sin aviso, las epizootías con un elevado número de muertes en animales hospedadores pueden anunciar brotes de tularemia en personas.

Las personas se pueden contagiar de diversas maneras:

- Por contacto directo con el animal infectado/enfermo o muerto (fundamentalmente a través de la piel y con menor frecuencia a través de la conjuntiva del ojo y de las mucosas de nariz y boca). Es la forma más frecuentemente descrita.
- Alimentario, por ingestión de agua contaminada por animales muertos o por su orina o heces. Ingestión de carne cruda o poco cocida de animal enfermo.
- Picadura de artrópodos.
- Inhalación de polvo de tierra, granos o heno que contienen aerosoles infectados/contaminado por animales enfermos.

El período de incubación de la tularemia suele ser de 2 a 5 días, pero puede llegar a oscilar entre 1 y 21 días.

No existe la transmisión directa de persona a persona, por lo que los enfermos no requieren ningún tipo de aislamiento para prevenir un hipotético contagio de la enfermedad. *F. tularensis* puede ser encontrada en la sangre de personas infectadas durante las dos primeras semanas de enfermedad.

La susceptibilidad en las personas es universal, pudiéndose adquirir la enfermedad con inóculos muy pequeños (reducido número de bacterias) sobre todo en la forma clínica ulceroglandular. Después de la enfermedad, la inmunidad permanece por largo tiempo.

Las reinfecciones son raras, solo se han descrito en personas reiteradamente expuestas, como el personal de laboratorio.

Las mujeres negras en el Reino Unido tienen cuatro veces más probabilidades de morir durante el parto que las blancas. En Estados Unidos, los negros y los hispanos tienen más posibilidades que los blancos de estar expuestos a riesgos ambientales, especialmente a residuos peligrosos. Estos son ejemplos de cómo el racismo y la xenofobia son perjudiciales para la salud, que proporciona una nueva serie de artículos. Hasta ahora, estos factores –que son problemas globales– han sido pasados por alto. El racismo y la xenofobia existen en todas las sociedades modernas y tienen profundos impactos en la sanidad de las personas desfavorecidas. Hasta que sean universalmente reconocidos, las causas de la discriminación permanecerán en la sombra y seguirán causando y exacerbando las desigualdades.



En todas las afecciones médicas, desde cánceres hasta enfermedades cardiovasculares y la COVID-19, la casta, el origen étnico y la raza a menudo figuran como factores de riesgo, aseguran los documentos. Sin embargo, afirman, las razones por las que las minorías tienen un mayor riesgo de enfermedad no han sido examinadas adecuadamente por parte de los profesionales de la salud y los investigadores, y existe una tendencia a asumir que estas desigualdades están determinadas genéticamente y son inmutables. La serie desafa esta noción, pues la ciencia ha demostrado que los humanos son una de las especies genéticamente más similares entre sí y que, por lo tanto, no pueden dividirse en subespecies o razas.

Estos procesos complejos e interactivos, señalan los estudios, afectan a las minorías durante toda su vida. La evidencia demuestra las consecuencias intergeneracionales del trato desigual, que moldea las condiciones de vida y sienta las bases para muchos de los factores de riesgo asociados con la mala salud. Como la exposición a viviendas de mala calidad, la pobreza y la violencia en los vecindarios, la contaminación del aire y el acceso limitado a espacios verdes y alimentos nutritivos. Además, la discriminación limita las oportunidades a través de las cuales las personas pueden mejorar su salud y bienestar, como la educación formal, el ocio, el trabajo y la atención médica.

Además, la serie enfatiza el significativo papel de las respuestas fisiológicas causadas por la discriminación pasada y presente en la explicación de las inequidades raciales en salud. A nivel individual, afirman los ensayos, el trato desigual puede activar las respuestas hormonales y de estrés del cuerpo, lo que podría causar cambios biológicos a corto y largo plazo.

La discriminación afecta a la salud de muchas maneras, que a menudo han sido difíciles de medir porque sus efectos pueden aparecer a largo plazo. Sin embargo, la evidencia plantea que sus impactos biológicos, directos e indirectos, son un factor importante de las inequidades raciales en la salud, en lugar de la diferencia genética, como a menudo se ha asumido. A nivel social, la discriminación es costosa e inflige un trauma colectivo. Se debe reconocer al

racismo y la xenofobia como factores determinantes de la salud, como ya ocurre con los factores políticos, sociales y económicos.

### **Transformar los sistemas discriminatorios**

Se necesita una acción más amplia y profunda para transformar los sistemas que reproducen el racismo y la xenofobia, poniendo en marcha intervenciones de salud pública antirracistas. Por ejemplo, programas de educación temprana que reduzcan los prejuicios hacia los grupos discriminados y mejoren la sensibilidad cultural de los proveedores de atención médica.

También hay precedentes de acción comunitaria. Como las campañas organizadas por mujeres negras seropositivas en protesta por la inacción del Gobierno sobre el VIH en Sudáfrica, que afecta de manera desproporcionada a la comunidad negra, que han obligado a las compañías farmacéuticas a ofrecer medicamentos contra el virus a precios asequibles. O de “legislación y políticas de equidad racial”, tanto institucionales como nacionales, ya que leyes más sólidas están asociadas con mejores resultados para los grupos racialmente minoritarios.

Es importante que todas las medidas aborden la naturaleza interseccional de la discriminación estructural, al considerar las interacciones con otras formas de opresión como el sexismo o el prejuicio social contra las personas con discapacidad.

En los últimos años, se ha observado la persistencia del colonialismo. Durante la pandemia de COVID-19, se vio cómo el acceso a las vacunas que salvan vidas fue estructurado en líneas coloniales y raciales, ya que los países de altos ingresos en el Norte Global recibieron un acceso privilegiado a estas. Las últimas estimaciones sugieren que, si bien 70% de las personas en Europa han recibido al menos una dosis, esta cifra sigue siendo solo de 32% en África.

Se está produciendo una situación demasiado familiar en el contexto de la crisis climática, con poblaciones desfavorecidas que ya se ven afectadas negativamente por los impactos del calentamiento global en la salud, a pesar de que a menudo son los que menos contribuyen a las emisiones históricas de dióxido de carbono. A menos que se tomen medidas para transformar los sistemas que defienden el racismo y la xenofobia, no se podrán abordar las desigualdades raciales en la salud.

## Prevención...



Una fuerte imagen para el Mes de Concientización sobre el Cáncer de Mama, que insta a las mujeres a nunca omitir el autoexamen y visitar una clínica de ginecología para hacerse mamografías regulares, ya que la detección temprana del cáncer de mama hace que sea tratable en un 97%. Esta campaña, titulada 'Fingerprints' se publicó en Grecia en octubre de 2020.

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.