

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años
- La efectividad de las vacunas contra la COVID-19 en los niños

AMÉRICA

- Brasil: Las muestras de bancos de sangre pueden utilizarse para monitorear la evolución de las epidemias
- Haití: Situación epidemiológica del cólera

- Honduras/Nicaragua: Ambos países acuerdan trabajar conjuntamente para eliminar la malaria
- Panamá: La provincia de Los Santos registra dos nuevos casos de hantavirus
- Venezuela: Veinte rescatistas de Las Tejerías fueron diagnosticados con histoplasmosis

EL MUNDO

- España: Detectan por primera vez en ratas de Europa el parásito *Angiostrongylus cantonensis*

- Filipinas: En lo que va del año, los casos de cólera ya superaron los 6.000
- Malawi: La lepra, una emergencia silenciosa
- Noruega: Sospechan que pepinos importados de España son la causa de un brote de salmonelosis
- Sudáfrica: Situación epidemiológica del sarampión
- Sudáfrica: Alerta por áreas de alto riesgo para rabia
- Eliminar el VIH con una estrategia de pruebas rápidas

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores

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

CSL Seqirus
WWW.SEQIRUS.COM.AR

Adherentes



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

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

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



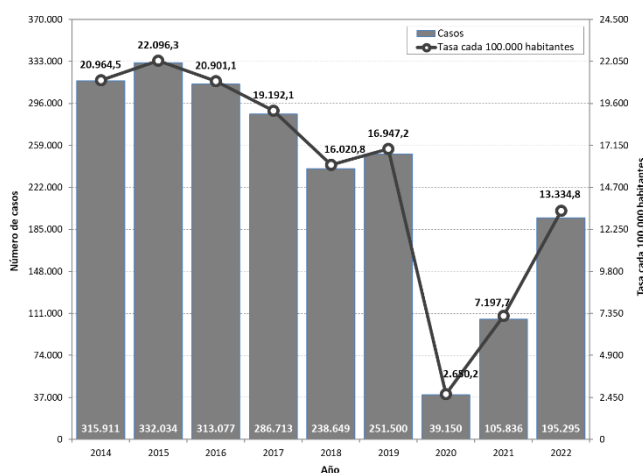


En el año 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 47, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 195.295 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, con una tasa de incidencia acumulada de 13.334,8 casos cada 100.000 menores de 2 años.

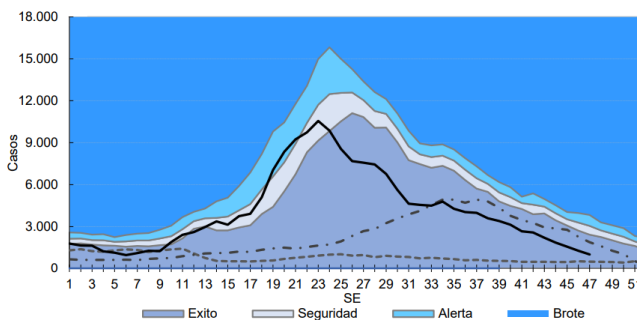
En base a los datos de las primeras 47 SE de los últimos nueve años, se observa que 2015 fue el que presentó el mayor número de notificaciones, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto del año previo y con un número inusualmente bajo registrado en 2020 y 2021. Durante el año en curso, los casos registrados vuelven a incrementarse respecto de los dos años previos, pero sin llegar a los niveles de notificación alcanzados en los años prepandémicos.

Los casos semanales muestran un número de casos por debajo de lo esperado hasta la SE 10, a partir de la cual entra en zona de seguridad y en algunas SE alcanza la zona de alerta, volviendo a situarse en zona de éxito a partir de la SE 23. Este comportamiento muestra una estacionalidad similar a la de los años previos, a diferencia de los años 2020 y 2021, cuyo comportamiento fue atípico: casi sin notificaciones en 2020 y con una frecuencia baja y desplazada hacia la derecha (segundo semestre del año) en 2021.

En el marco de la estrategia de vigilancia de las unidades de monitoreo de pacientes ambulatorios (UMA) se analizaron mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) 5.346 muestras para virus sincicial respiratorio (VSR). El porcentaje de positividad se mantuvo por debajo de 10%, con oscilaciones entre 0,31% y 8,71%, situándose en 5,38% en la SE 48.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2014-2022, hasta semana epidemiológica 47. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal 2022, en base a datos de los años 2015/2019. Casos semanales de los años 2020, 2021 y 2022. Argentina. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Las muestras positivas para VSR se registran en todos los grupos etarios, pero principalmente en los menores de 1 año y, en segundo lugar, en el grupo de 45-64 años.

Entre las SE 23 y 48, se analizaron en laboratorio 14.037 muestras de pacientes hospitalizados, con 4.180 detecciones positivas (porcentaje de positividad de 29,78%).

En la distribución por grupos etarios, en el periodo analizado, el mayor número de casos positivos en pacientes hospitalizados se observó en el grupo de menores de 5 años, particularmente en el de menores de 1 año.

Un reciente [estudio](#) de casos y controles con prueba negativa realizado en Argentina evaluó la efectividad clínica de un calendario de dos dosis de vacunas contra la infección por el SARS-CoV-2 y la muerte relacionada con la COVID-19, y la disminución a corto plazo de la inmunidad en niños y adolescentes.

Las vacunas analizadas fueron la mRNA-1273 (Moderna), la BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) y la BBIBP-CorV (Sinopharm).

La investigación involucró a 844.460 niños (3 a 11 años) y adolescentes (12-17 años) sin infección previa por SARS-CoV-2, elegibles para recibir un esquema de vacunación primaria, a quienes se les realizó la prueba de SARS-CoV-2 mediante reacción en cadena de la polimerasa o prueba rápida de antígenos desde septiembre de 2021 hasta abril de 2022. Luego de emparejar con sus controles correspondientes, quedaron para análisis 139.321 (60,3%) de 231.181 casos.

La eficacia estimada de la vacuna contra la infección por el SARS-CoV-2 fue de 61,2% en niños y de 66,8% en adolescentes durante el período en que Delta fue dominante, y de 15,9% y 26,0%, respectivamente, cuando la dominante fue Omicron.

La eficacia de la vacuna disminuyó con el tiempo, especialmente durante el período Omicron, de 37,6% a los 15-30 días después de la vacunación a 2,0% después de 60 días o más en niños, y de 55,8% a 12,4% en adolescentes.

La efectividad de la vacuna para prevenir la muerte durante el período de predominio de Omicron fue de 66,9% en niños y de 97,6% en adolescentes.

En la cohorte del estudio, se registraron 51 muertes pediátricas por COVID-19; 30 muertes (59%) ocurrieron en niños no vacunados y 9 (18%) en niños parcialmente vacunados.

Las recomendaciones para las vacunas pediátricas contra la COVID-19 cambian constantemente, con la ampliación de las edades cubiertas y las opciones de dosis de refuerzo. El 8 de diciembre, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos otorgó la autorización de uso de emergencia para dosis de refuerzo bivalentes para niños de hasta 6 meses de edad; los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades emitieron una guía clínica actualizada el 9 de diciembre. Los médicos de atención primaria y los padres están interesados en la evidencia para el uso de vacunas contra la COVID-19 en niños.

Se sabe que las vacunas contra la COVID-19 son beneficiosas, a corto plazo, para prevenir resultados graves de enfermedades. Este estudio ofrece evidencia del mundo real que caracteriza la efectividad de la vacuna en niños y adolescentes, con una efectividad particularmente favorable contra la mortalidad durante los períodos de predominio de Delta y Omicron. Particularmente notables son las estimaciones para menores de 5 años, para quienes los datos sobre los efectos de estas vacunas sobre la mortalidad son escasos.

El mensaje importante aquí es que la efectividad de la vacuna disminuye para la protección contra la infección, pero la protección contra la muerte sigue siendo elevada. Esto debería proporcionar comodidad y confianza en la vacunación pediátrica.



BRASIL

LAS MUESTRAS DE BANCOS DE SANGRE
PUEDEN UTILIZARSE PARA MONITOREAR
LA EVOLUCIÓN DE LAS EPIDEMIAS

22/09/2022

Una reciente [investigación](#) concluyó en que es posible calcular la proporción de la población previamente infectada (seroprevalencia) con el SARS-CoV-2 mediante la utilización de muestras de donantes de bancos de sangre. Con estos resultados, aparte de montar una especie de “retrato” de la epidemia de COVID-19 en Brasil durante su primer año, los científicos apuntan que esta nueva metodología puede aplicarse para rastrear otros tipos de enfermedades infecciosas y calcular la inmunidad colectiva.

Actualmente, los cálculos de seroprevalencia en Brasil se realizan utilizando muestras aleatorias de la población, un método considerado más caro y de difícil concreción periódica y en tiempo real. Este tipo de monitoreo es importante para entender las características de una epidemia y estructurar políticas públicas, detectando los lugares en dónde las medidas de prevención y tratamiento están funcionando, por ejemplo.

En el trabajo se testearon 97.950 muestras de donantes de sangre para anticuerpos de tipo inmunoglobulina G (IgG) de las ocho capitales de estados brasileños más populosas: Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Manaus, Recife, Rio de Janeiro, Salvador y São Paulo. El período analizado se extendió desde marzo de 2020 hasta el mismo mes de 2021. Los resultados indicaron que la epidemia de COVID-19 fue heterogénea en Brasil, al infectar a poblaciones diferentes en momentos distintos. En líneas generales, la enfermedad empezó afectando primeramente a los varones y a los jóvenes.

Al comienzo, algunas líneas de investigación estimaban que todos se infectaban al mismo tiempo, pero se demostró que eso no es así. En términos de retrato de la epidemia, se concluyó en que hubo una gran heterogeneidad en Brasil, con diferencias de infecciones por grupos y una variación extensiva de la tasa de letalidad.

Recientemente, en otro [artículo](#), el grupo de investigadores ya había demostrado, con base en análisis de muestras de bancos de sangre, que fue posible prever la transmisión de la variante Delta (detectada en India en 2020 y originariamente llamada B.1.617.2) en Brasil. En ese caso, se midió la cantidad de anticuerpos IgG de la población realizando ensayos de micropartículas de anti-S, es decir, para detectar anticuerpos capaces de unirse a la proteína de la espícula del coronavirus. De ese modo, se logró relacionar la protección de la vacuna con los casos de la variante Delta y con el nivel de mortalidad.

La metodología

La epidemia de COVID-19 en Brasil fue una de las más significativas del mundo: a comienzos de diciembre de 2022, se habían registrado más de 35,4 millones de casos y 690.000 muertes

acumuladas por la enfermedad. Sin embargo, esas cifras esconden las diferencias de la epidemia entre regiones y subgrupos de la población, aparte de no informar la proporción de la población previamente infectada con el virus. La estimación de esa proporción es importante para prever el impacto de futuras olas de la epidemia provocadas por nuevas variantes.

En la investigación, se estimó la seroprevalencia en el transcurso del tiempo para las ocho capitales utilizando muestras de donantes de sangre, a los efectos de obtener estimaciones disgregadas por edad y sexo. También se efectuaron estimaciones para las tasas de letalidad por infecciones específicas por edad –calculando la llamada IFR (*infection fatality rate*), definida como la cantidad de muertes por infecciones– y para las tasas de internaciones por infecciones para esas ciudades.

Cada uno de los ocho bancos de sangre tenía un cupo mensual de mil muestras testeadas. Para ser representativas, se las seleccionó de modo tal que la distribución espacial de la ubicación de residencia de los donantes correspondía a la división de la población por zonas administrativas de cada municipio. Como la norma brasileña prevé que las muestras de donaciones de sangre deben guardarse durante seis meses, los investigadores lograron seleccionar y testear muestras congeladas entre febrero (antes del inicio de la pandemia en el país) y julio de 2020. Después de ello, se las seleccionó y testeó en tiempo real.

Se aplicaron test que detectan anticuerpos IgG contra la nucleocápsida, una proteína presente en el SARS-CoV-2. Sin embargo, este tipo de test puede presentar en el transcurso del tiempo una merma de sensibilidad para la detección de los anticuerpos. En otras palabras, a medida que avanzaba la epidemia, la proporción bruta de individuos con resultados de test positivos disminuía, con una subestimación de la tasa real de infecciones.

Para corregir esa mengua de anticuerpos, se desarrolló un modelo bayesiano de serorreversión basado en datos de donantes de repetición, es decir, de individuos que donan sangre varias veces por año, aparte de una cohorte de donantes de plasma convalecientes positivos para el SARS-CoV-2 sintomáticos y no hospitalizados. Esto fue importante, porque algunos trabajos del comienzo de la pandemia propusieron corregir solamente de acuerdo con los donantes de plasma. Pero se demostró que los donantes de repetición son más representativos de la población de cada municipio.

Este modelo no llegó a aplicarse en un [trabajo](#) que el grupo publicó en diciembre de 2020, con información del banco de sangre de Manaus, pues en ese entonces no había datos suficientes. En dicho estudio se estimó que 76% de la población de Manaus ya poseía inmunidad contra el SARS-CoV-2, pero antes de la entrada de otras variantes, como la Gamma (P.1), que después fue considerada más agresiva y letal.

Poco después de publicado el artículo, se produjo la segunda ola de COVID-19 en Brasil. En ese momento, muchos consideraban que no había reinfección. Ahora se ha confirmado que es posible usar las muestras de donantes de sangre para realizar el cálculo de seroprevalencia con el objetivo de monitorear otras enfermedades, siempre y cuando se realicen ajustes tales como la corrección de la serorreversión y la estimación de la tasa de ataque para cada grupo por edad y sexo, utilizando muestras espacialmente representadas.

Los resultados mostraron que la tasa de ataque del SARS-CoV-2 en diciembre de 2020, antes de que la variante Gamma pasase a ser dominante, varió de 19,3% en Curitiba a 75% en Manaus. La seroprevalencia fue consistentemente menor en mujeres y donantes de más de 55 años. Las ciudades con mayor seroprevalencia también registraron una mayor tasa de mortalidad (la cantidad de muertes por habitantes). Entre el 1 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2021, la tasa de mortalidad estandarizada por edades varió de 1,7 muertes cada 1.000 habi-

tantes en Belo Horizonte a 5,3 en Manaus, que registró el doble de la mortalidad de Fortaleza, la ciudad ubicada en segundo lugar en proporción de muertes entre las analizadas.

La tasa de letalidad por infección (IFR) también difirió entre las ciudades, al variar de 0,24% en Manaus a 0,54% en Curitiba, y la IFR específica por edades aumentó ostensiblemente. Para evitar el problema del subregistro de defunciones por COVID-19, la IFR se estimó utilizando el total de muertes ocasionadas por infección respiratoria aguda grave (IRAG), excluyendo a las muertes por IRAG causadas por otras etiologías.

Manaus

La variante Gamma surgió en noviembre de 2020 y su prevalencia entre las demás variantes creció rápidamente, hasta llegar a 87% el 4 de enero de 2021, con una alta proporción de reinfecciones. Por eso, la IFR y la tasa de ataque se estimaron separadamente para la segunda ola de SARS-CoV-2 en Manaus, cuando la variante Gamma era dominante.

El estudio mostró que la proporción de la población de Manaus infectada durante la segunda ola fue de hasta 37,5%, al comparársela con el 75% de la primera ola. La tasa de internaciones ocasionadas por infecciones se incrementó durante la segunda ola en la capital del estado de Amazonas, lo cual sugiere un aumento de la severidad de la enfermedad provocada por la variante en comparación con las anteriores. La mayor penetración de la COVID-19 asociada al colapso del sistema sanitario en Manaus hizo que la tasa de letalidad por infecciones de la variante Gamma fuese al menos 2,91 veces mayor que durante la primera ola.

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 18 de diciembre de 2022, el Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití, informó un total de 17.629 casos sospechosos en 10 departamentos del país, incluidos 1.349 casos confirmados, 14.972 casos sospechosos internados y 316 defunciones registradas. Esto representa un aumento de 19% de casos sospechosos (2.852 casos más), de 7% de casos confirmados (87 casos más) y de 9% en las defunciones (25 más) con respecto al 13 de diciembre de 2022. Hasta el 18 de diciembre, nueve departamentos confirmaron casos: Artibonite, Centre, Grand-Anse, Nippes, Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud y Sud-Est. Hasta el 20 de diciembre, la tasa de letalidad entre los casos sospechosos es de 1,8%.

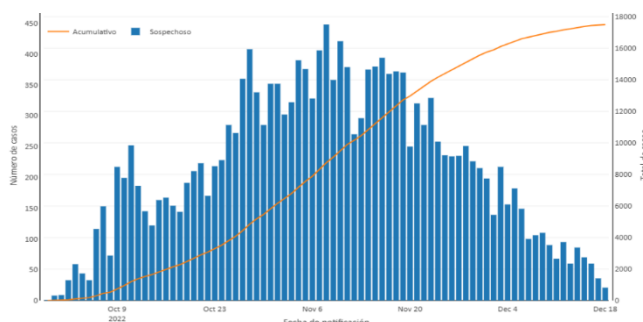
De un total de 3.450 muestras analizadas por el Laboratorio Nacional de Salud Pública (LNSP), 1.349 fueron confirmados, con una tasa de positividad de 39,1%.

Del total de casos sospechosos notificados con información disponible, 58% son hombres y 47% 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 (15%) y el de 30 a 39 años (14%).

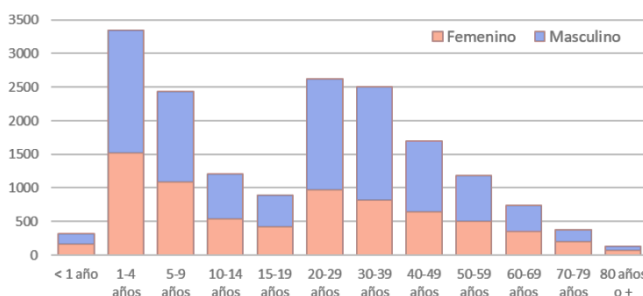
Entre los casos confirmados, 57% son hombres y 46% tienen 19 años o menos. El grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años (21% del total), seguido del de 30 a 39 años (15%) y el de 5 a 9 años (14%).

El Departamento Ouest sigue reportando el mayor número de casos, con 78% de todos los casos sospechosos notificados. Las comunas de Port-au-Prince, Cité-Soleil y Carrefour representan 70% (9.568) de los casos sospechosos reportados en el Departamento Ouest.

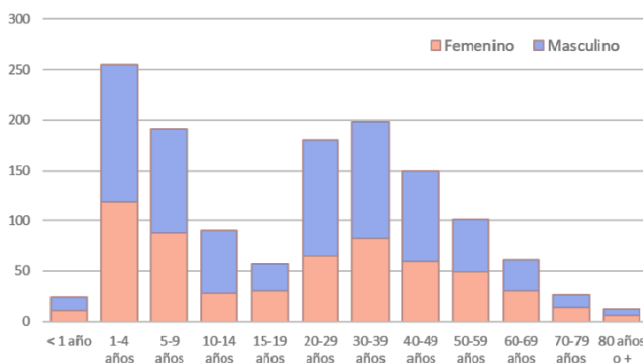
El departamento Ouest registró un incremento de 7% en el número de casos sospechosos y de 5% en el de casos confirmados. Sin embargo, los otros departamentos presentaron un incremento de 97% en el reporte de los casos sospechosos y de 14% en los casos confirmados, respecto de las cifras del 13 de diciembre.



Casos sospechosos de cólera. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 18 de diciembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití. (N=17.629).

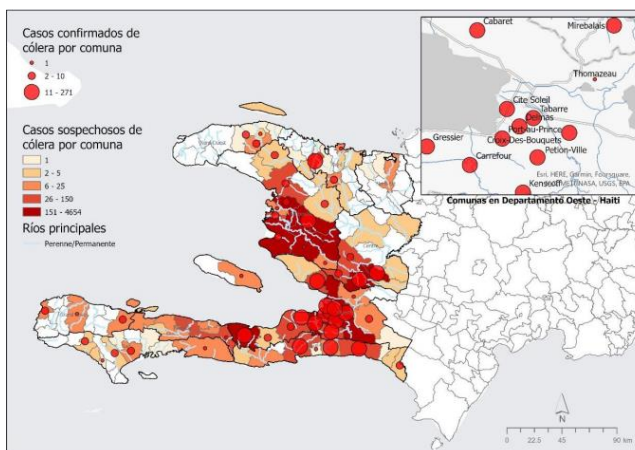


Casos sospechosos de cólera, según grupos etarios y sexo. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 18 de diciembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití.



Casos confirmados de cólera, según grupos etarios y sexo. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 18 de diciembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití.

La vigilancia epidemiológica se ve afectada por la compleja crisis humanitaria y de seguridad, lo que se suma al acceso limitado al combustible en todo el país, por lo que el acceso a los servicios de salud y a los laboratorios es limitado. Además, la mayoría de la población de Haití se encuentra en una situación altamente vulnerable ante el establecimiento de cadenas de transmisión de cólera en los departamentos y comunas. La crisis humanitaria y la inseguridad se han exacerbado en los últimos meses. Esto ha socavado considerablemente los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública y de la Población y otras organizaciones para la implementación de medidas de prevención y control, incluyendo la vigilancia epidemiológica, lo que favorece el subregistro de casos.



Distribución geográfica de los casos de cólera. Haití. Año 2022, del 29 de septiembre al 18 de diciembre. Fuente: Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) se encuentra trabajando junto con las autoridades de salud pública de Haití para la caracterización y apoyo a la respuesta de este evento.

República Dominicana

El 17 de diciembre de 2022, el Ministerio de Salud Pública de República Dominicana confirmó cuatro nuevos casos de cólera en el país: varones de 50, 30, 23 y 4 años respectivamente, todos de nacionalidad dominicana y residentes en el sector la Zurza del Distrito Nacional. Hasta el 20 de diciembre de 2022, se ha notificado un total de ocho casos confirmados en el país, dos de ellos importados de Haití.

La última evaluación de riesgo del evento de cólera en la isla La Española (Haití y República Dominicana), publicada el 2 de diciembre de 2022, evalúa el evento como de riesgo muy alto en la isla, moderado a nivel regional y bajo a nivel global.

Orientaciones para las autoridades nacionales

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reiteró a los Estados Miembros la necesidad de que continúen con sus esfuerzos para fortalecer y mantener la vigilancia del cólera para detectar precozmente los casos sospechosos, proporcionar el tratamiento adecuado y prevenir su propagación. El tratamiento precoz y adecuado mantiene la tasa de letalidad de los pacientes hospitalizados en cifras menores a 1%.

La OPS/OMS alentó a los Estados Miembros a que simultáneamente continúen con sus esfuerzos para garantizar condiciones adecuadas de saneamiento básico y acceso al agua potable, además de la promoción de higiene y movilización social, con el fin de reducir el impacto del cólera y otras enfermedades transmitidas por el agua.

La OPS/OMS reiteró a los Estados Miembros a que continúen implementando las recomendaciones formuladas en la [Actualización Epidemiológica del 1 de noviembre de 2022](#), las cuales continúan vigentes.

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



Los esfuerzos para eliminar la malaria de Centroamérica se fortalecen con la firma de un acuerdo entre Nicaragua y Honduras para abordar la salud en las fronteras como prioridad. Ambos países trabajarán en forma conjunta, compartiendo las buenas prácticas a la vez que recursos humanos y financieros con el fin de eliminar la malaria.

La delegación nicaragüense fue encabezada por su ministra de Salud, Martha Verónica Reyes Álvarez, quien reconoció la importancia del acuerdo entre las dos naciones vecinas. De igual manera destacó el compromiso político del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de Integración Centroamericana (COMISCA) y el acompañamiento técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para continuar trabajando no solo en el control y eliminación de la malaria sino también en garantizar la cobertura y acceso a la salud como un derecho humano.

Por su parte, el Ministro de Salud de Honduras, Dr. José Manuel Matheu Amaya, expresó su admiración por los logros alcanzados por Nicaragua en el tema de salud, “Honduras está dando los primeros pasos para empezar a tratar de construir un sistema de salud diferente”. Mencionó que “la senda trazada por Nicaragua en materia de salud pública ayudará mucho a Honduras a acortar el camino”.

Alexandre de Souza Ramos Florencio, Asesor de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS Nicaragua, mencionó que los Estados Miembros de la OPS en la región de Mesoamérica han estado desarrollando proyectos encomiables para la eliminación de la malaria y en un esfuerzo conjunto que ha requerido la cooperación técnica y la movilización de recursos financieros por parte de las organizaciones aliadas que integran la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria.

Además de la firma del convenio binacional, se realizó una reunión técnica operativa para la revisión de los planes de control y eliminación de la malaria y el establecimiento del cronograma operativo para la implementación de las actividades conjuntas a realizar, siempre contando con la cooperación técnica de la OPS.

El Ministerio de Salud de Panamá señaló que el Departamento de Epidemiología de la Región de Salud de Los Santos detectó dos nuevos casos de hantavirus, alcanzando un acumulado anual de 36 casos.

La entidad añadió que los nuevos casos corresponden al síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH) y ambos pacientes, un hombre de 33 años y una mujer de 49, proceden del distrito de Tonosí.



El ministerio detalló que, hasta la fecha, se han registrado 21 casos de SCPH y 15 de fiebre por hantavirus (FH), sin defunciones. El distrito con mayor cantidad de casos es Tonosí (10 FH y 13 SCPH); le siguen Los Santos (3 FH y 4 SCPH), Las Tablas (1 FH y 2 SCPH) y Macaracas (1 FH y 1 SCPH).

La vecina provincia de Herrera registró cinco casos de hantavirus en el año, con una defunción registrada.

Factores como el cambio climático han propiciado que se sigan registrando casos aún en temporada lluviosa, ya que habitualmente la mayoría de los contagios se producen en la temporada de verano, o de cosecha.

Por tal motivo, las autoridades del Ministerio de Salud solicitaron a la población mantener las medidas para evitar contactos con las heces y orina del ratón transmisor.

También recomendó a la población que mantener sus casas y entornos limpios, evitando acumular chatarra o basura que sirva de madriguera a los roedores, e igualmente guardar y sellar los granos recolectados (como arroz y maíz) para evitar que el roedor tenga contacto y deje sus heces y orina en los alrededores.

El Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela (IMT-UCV) detectó el 5 de diciembre al menos 20 casos de histoplasmosis, una infección pulmonar causada por un hongo, en todo un grupo de rescatistas que trabajaron en el alud torrencial de Las Tejerías, en el estado Aragua, entre el 14 y el 16 de octubre de este año.

La histoplasmosis es una enfermedad infecciosa causada por la inhalación de esporas del hongo *Histoplasma capsulatum*. La distribución del patógeno fúngico se encuentra en toda Venezuela en forma de moho en la tierra y en los excrementos de murciélagos y de aves de corral o que viven en cuevas, como el guácharo (*Steatornis caripensis*).



“Pudimos detectar el brote por los antecedentes epidemiológicos de la histoplasmosis: las personas inhalan el aire de la zona del desastre sin mucha protección. Las esporas se diseminan por el movimiento de tierra y entran al sistema respiratorio”, detalló el Dr. Freddy Salazar, miembro de la sección de micología médica del IMT-UCV y profesor de microbiología en la Universidad Central.

Los galenos del laboratorio de micología advirtieron que existe un brote de histoplasmosis que, hasta ahora, lleva un subregistro en las víctimas, los rescatistas y cualquier persona que estuvo en la zona de los desastres del 2022 en Aragua, Anzoátegui y el Distrito Capital.

“Existe una correlación directa entre la infección de histoplasmosis aguda y los desastres ambientales como el alud torrencial que ocurrió en Las Tejerías hace tres meses”, explicó la Dra. Sofía Mata, directora del laboratorio de micología médica del IMT-UCV.

Los afectados fueron diagnosticados en la fase aguda de la enfermedad, cuando existen mayores facilidades del tratamiento.

Los científicos recomiendan que todas las personas que estuvieron en los desastres de Las Tejerías, El Castaño, Valle Verde (Puerto La Cruz) u otro movimiento de tierra se examinen en un centro especializado.

La histoplasmosis es una micosis sistémica, caracterizada por lesiones necrogranulomatosas, que afecta a carnívoros, equinos y humanos por la infección con una de las tres subespecies del hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*. No se trata de una enfermedad contagiosa que se pueda transmitir entre personas o animales, sino que surge tras la inhalación de microconidios del ambiente.

En personas inmunocompetentes suele ser asintomática. En los inmunodeficientes, sobre todo, puede cursar con cuadros parecidos a los de una neumonía con fiebre, distrés respiratorio, y en 20% aproximadamente de los pacientes se llega a producir un shock séptico, fallo renal y coagulopatía, que conduce a la muerte.

La histoplasmosis tiene una amplia distribución geográfica, estando presente en América, África y Asia. *H. c. capsulatum* afecta a carnívoros y se extiende en América desde el sur de Canadá a las regiones centrales de Argentina, siendo enzoótico en los valles de los ríos Mississippi, Missouri y Ohio, en Norteamérica, y la cuenca del Río de la Plata en América del Sur; *H. c. farciminosum* afecta a equinos en África, Medio Oriente y Asia; y *H. c. duboisii* es un patógeno humano estricto en África Ecuatorial.

Se aísla de la naturaleza en las zonas templadas y tropicales húmedas, cuyos suelos son ácidos, ricos en nitrógeno, fosfatos e hidratos de carbono. Los histoplasmas se relacionan especialmente con el guano de las aves y de las cuevas habitadas por murciélagos.

Los síntomas dependen del síndrome clínico subyacente:

- Histoplasmosis pulmonar asintomática aguda: no presenta síntomas.
- Histoplasmosis pulmonar sintomática aguda: fiebre, escalofríos, tos, dolor torácico al inspirar.
- Histoplasmosis pulmonar crónica: tos, dificultad respiratoria, dolor torácico, sudoración y fiebre que puede ser similar a la de la tuberculosis pulmonar e incluir hemoptisis.
- Histoplasmosis diseminada: fiebre, dolor de cabeza, rigidez en el cuello, lesiones cutáneas, úlceras bucales.
- Otros síntomas: dolor articular, nódulos cutáneos, erupciones en la piel.

El pronóstico depende de la magnitud de la infección y de la salud general del individuo. La tasa de mortalidad es bastante alta para personas con histoplasmosis diseminada que no reciben tratamiento, pero se reduce significativamente cuando este se realiza.

La prevención básica estriba en evitar en lo posible la exposición, cosa no siempre factible en áreas enzoóticas, pero sí, al menos, en los dormitorios de aves y cuevas de murciélagos.



EMERGING INFECTIOUS DISEASES

ESPAÑA

DETECTAN POR PRIMERA VEZ EN RATAS DE EUROPA
EL PARÁSITO *ANGIOSTRONGYLUS CANTONENSIS*

10/11/2022

Una investigación detectó por primera vez en Europa continental el nematodo *Angiostrongylus cantonensis*, en dos especies de ratas de la ciudad de Valencia.

A. cantonensis es un parásito zoonótico presente en las arterias pulmonares de las ratas, y es el agente causal más común en el ser humano de la meningitis eosinofílica. Esta enfermedad provoca una inflamación de la membrana que cubre el cerebro y puede causar ataques, lesiones cerebrales y trastornos visuales, entre otros síntomas.



Angiostrongylus cantonensis emergiendo de la arteria pulmonar de una rata capturada en una zona de huertas en Valencia.

Hasta la fecha, el nematodo había sido detectado solo a nivel insular en Europa (en ratas de Tenerife y en erizos de Mallorca). Tanto la globalización como el cambio climático están favoreciendo la expansión de este parásito zoonótico de origen asiático. La presencia del gusano se da tanto en núcleos urbanos como periurbanos (zona de huerta). Es la primera vez que se estudian los parásitos zoonóticos en las ratas de Europa continental y en concreto en la ciudad de Valencia.

El descubrimiento del nematodo, de importante repercusión en salud pública, se ha dado tanto en ratas pardas (*Rattus norvegicus*) como ratas negras (*Rattus rattus*).

La transmisión zoonótica de *A. cantonensis* a los humanos es alimentaria, por la ingestión, tanto de caracoles parasitados crudos o poco cocidos, como por verduras que se consumen crudas en ensaladas (lechuga, repollo o rábanos) contaminadas con la baba del caracol con la larva infectiva.

Hasta la fecha, los casos humanos de meningitis eosinofílica detectados en Europa son importados de países endémicos. Con este hallazgo, además de tomar las medidas profilácticas idóneas para evitar la infección, debe incluirse a *A. cantonensis* en el diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas clínicos compatibles con la infección parasitaria, como cefalea intensa, tortícolis, náuseas, vómitos, parestesia y/o encefalitis eosinofílica, con o sin historial de viajes a otros países endémicos.

Como consecuencia de este descubrimiento, el Ayuntamiento de Valencia y la Universitat de València han establecido un convenio de colaboración sobre esta materia en el marco del concepto 'Una Sola Salud', para estudiar los parásitos de ratas con potencial de transmisión

zoonótica y la posibilidad futura de determinar resistencias a los raticidas utilizados en los dos tipos de ratas en que se ha hallado el nematodo.

La meningitis eosinofílica se considera una zoonosis parasitaria que afecta a las ratas como huésped definitivo, donde los gusanos adultos hembras y machos se localizan en las arterias pulmonares. Posterior a la cópula, las hembras ponen sus huevos, a partir de los cuales eclosionan larvas de primer estadio (L1) en las ramas terminales de las arterias pulmonares. Estas larvas migran a través de la tráquea, son deglutidas, pasan al tracto gastrointestinal y son eliminadas en las heces. Al ser ingeridas por moluscos (caracoles terrestres y marinos) que son huéspedes intermediarios, experimentan dos mudas hasta convertirse en larvas del tercer estadio (L3), que son la forma infectante para el hombre y otros mamíferos, los cuales al ingerir los caracoles infectados completan el ciclo. Las larvas penetran la pared intestinal y migran a través del sistema circulatorio, y en el transcurso de dos a tres días, llegan al cerebro donde mudan dos veces hasta llegar a convertirse en larvas de cuarto (L4) y quinto estadio (L5) (adultos jóvenes). Posteriormente, los parásitos migran a la arteria pulmonar y a las cavidades del corazón derecho, el asentamiento en este último hábitat se produce aproximadamente cuatro semanas después de la ingestión de larvas L3. La presencia de adultos jóvenes de *A. cantonensis* en las meninges y en el parénquima cerebral, y cerebelo, provocan una reacción inflamatoria, conocida como meningitis eosinofílica.

Las manifestaciones clínicas más comunes en los pacientes infectados son causadas por la presencia de larvas en el cerebro y se caracterizan por cefalea intensa, rigidez de nuca, manifestaciones oculares, parestesias de diversos tipos, y en 5% de los pacientes se presenta parálisis facial. La meningitis eosinofílica por *A. cantonensis* se presenta como una enfermedad aguda que se resuelve espontáneamente en semanas, pero en otros casos evoluciona de forma severa, dejando secuelas irreversibles como la ceguera e incluso, puede provocar la muerte.

La forma más común de diagnosticar la enfermedad se realiza teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas. La presencia de eosinófilos en el líquido cefalorraquídeo, sangre periférica y el antecedente epidemiológico de vivir en áreas endémicas, acompañado del hábito de ingerir caracoles crudos o mal cocidos que albergan larvas infectantes, así como langostinos, pescados y cangrejos que hayan ingerido caracoles infectados (hospederos paraténicos), orientan en la sospecha diagnóstica. Una forma, menos común de transmisión de la infección es la ingestión de verduras contaminadas, agua o jugo de frutas.

El diagnóstico de certeza es muy complejo, se realiza mediante la observación de larvas L5 en el líquido cefalorraquídeo, las cuales muy pocas veces se logran visualizar. Las imágenes de resonancia magnética en pacientes con meningitis eosinofílica por *A. cantonensis* a menudo revelan múltiples engrosamientos nodulares en el tejido cerebral y engrosamientos lineares en las leptomeninges.

Además de la eosinofilia en sangre, detectada en más de 84% de los pacientes en la evaluación inicial, la medición de inmunoglobulinas intratecales puede contribuir al diagnóstico. También se han empleado los métodos de diagnóstico inmunológico desarrollados desde 1980, como los ensayos inmunoenzimáticos para la detección de antígenos y anticuerpos, así como el método de inmunotransferencia. En los últimos años se han utilizado métodos para detectar ácidos nucleicos en muestras de líquido cefalorraquídeo mediante la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real y la secuenciación, como alternativas para el diagnóstico en casos sospechosos, pero con poco éxito.

Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con paragonimiasis, toxoplasmosis, meningitis tuberculosa, neurosífilis, carcinomatosis meníngea y enfermedad de Hodgkin, entre otros.

En el tratamiento de esta parasitosis se han usado corticosteroides, mebendazol con prednisolona, y corticosteroides con albendazol. El uso de antihelmínticos no es recomendado por algunos autores porque sugieren que podrían exacerbar los síntomas neurológicos debido a la muerte de las larvas presentes en el sistema nervioso central. En los casos con angiostrongilosis ocular, el tratamiento es la remoción quirúrgica o la terapia con láser. Si se presentan otras complicaciones como retinitis o neuritis óptica se administran esteroides.

En relación con los huéspedes intermediarios, se conoce que son numerosas las especies de moluscos (caracoles y babosas) que se han encontrado infectados en forma natural con el parásito, y algunas otras especies de animales que pueden actuar como hospederos paraténicos o de transporte, todo lo cual contribuye a la diseminación del nematodo. *Achatina fulica*, *Pila* spp. y *Pomacea canaliculata* son algunos de los principales moluscos intermediarios en el ciclo de vida de *A. cantonensis*.

El Departamento de Salud de Filipinas informó un total de 6.062 casos acumulados de cólera en 2022 hasta el 3 de diciembre, un aumento de 288% en comparación con el mismo período de 2021, cuando se registraron 1.563 casos.

El 62% de los casos se informó en la región de Silangang Kabisayaan (3.744 casos), la que incluye las siguientes seis provincias: Biliran, Leyte, Silangang Samar, Hilagang Samar, Samar y Katimugang Leyte.

Además de Silangang Kabisayaan, este año se han informado brotes de cólera localizados en Kanlurang Kabisayaan, Calabarzon y Davaw.

El número de muertes por cólera este año aumentó 431%, de 13 en 2021 a 69 este año.

El cólera es una infección diarreica aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados con la bacteria *Vibrio cholerae*.

El cólera afecta tanto a niños como a adultos y puede causar la muerte en cuestión de horas si no se trata.

Hace dos años, A.K., una joven malaui de 23 años, empezó a verse una manchita blanca en el brazo. Al principio era solo eso, una manchita, y no le prestó más atención. En Ngalauka, la comunidad donde vive, A.K. tiene muchos quehaceres: es madre de un niño de dos años, agricultora, y además tiene que ayudar a sus padres porque están enfermos. La manchita, poco a poco fue agrandándose hasta que un día apareció otra. Al igual que con la primera, A.K. siguió con su vida ya que ni la una ni la otra le impedían criar a su hijo, labrar su tierra o cuidar a sus padres. Lo que no sabía era que esa manchita era el primer síntoma que indicaba que había contraído lepra.



Dermatólogos de Dermalawi realizan una segunda prueba de detección de lepra para constatar si una paciente tiene sensibilidad en las manos y pies.

La vida de A.K. hubiese seguido igual si no fuese porque un día unos dermatólogos aparecieron en su comunidad. Venían a chequear a sus padres, enfermos de lepra, para comprobar su estado. Además de hacer el seguimiento de los pacientes diagnosticados y ver cómo evolucionan con el tratamiento, los médicos del proyecto [Dermalawi](#) rastrean los contactos. La lepra, una enfermedad tropical desatendida, se contagia muy lentamente (el periodo de incubación es de entre 5 a 30 años) a través de las vías respiratorias y el contacto prolongado y directo entre un enfermo no tratado y una persona sana. Por eso es importante comprobar al resto de familiares. En casa de A.K. viven siete personas y solo dos, su padre y su madre, estaban diagnosticadas. Ahora ya son tres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el diagnóstico clínico si se da, al menos, uno de estos tres signos: pérdida definitiva de la sensibilidad en un parche o mancha de la piel; nervio periférico engrosado o agrandado con pérdida de la sensibilidad y/o debilidad de los músculos alimentados por ese nervio; o presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (es decir, la bacteria de la lepra: el bacilo de Hansen). Cuando Águeda Pulpillo Ruiz y Víctor Dios Guillán, dos dermatólogos del proyecto, examinaron a A.K, ésta presentaba falta de sensibilidad tanto en la manchita como en las manos y pies. No hizo falta nada más para diagnosticarla: le proporcionaron el [MDT](#) (*multidrug therapy*), el fármaco indicado para tratar la enfermedad ya que, como explicó Pulpillo Ruiz, “no dárselo hoy sería mucho peor que esperar a la confirmación del laboratorio”.

A pesar de que la lepra fue erradicada en Malawi en 1994 (la OMS considera que esta enfermedad no es un problema de salud pública cuando hay menos de un caso cada 10.000 habitantes), los datos recogidos por el Ministerio de Salud y Dermalawi muestran lo contrario. Según las cifras del Programa Nacional para la Eliminación de la Tuberculosis y la Lepra, hay actualmente 679 casos en tratamiento. Solo entre julio y septiembre de 2022 se detectaron 141 (en 2021, 235 durante todo el año). En 2022, Dermalawi detectó 29 más, cuatro de ellos gracias al programa de seguimiento de contactos, que es la revisión de familiares y vecinos

en los domicilios de los pacientes diagnosticados, y desde 2018 ya llevan más de 80 en la región donde trabajan: la lepra en Malawi sigue muy presente.

El Sudeste Asiático es, con diferencia, la región más afectada por la lepra en el mundo, con 93.485 casos. La peor parte se la lleva India, que cuenta actualmente con 75.394 contagiados, lo que representa más de 53% de los casos a nivel mundial. Los otros países más afectados son Brasil, Indonesia, República Democrática del Congo y Mozambique. Con 21.201 casos, África es la segunda región más afectada. 46 países del continente han eliminado la lepra como un problema de salud pública (es decir, menos de un caso cada 10.000 habitantes) y el número de nuevos casos ha descendido 66% durante los últimos 20 años, según la OMS. No obstante, Yosei Sasakawa, Embajador de Buena Voluntad de la OMS para la Eliminación de la Lepra, explicó en un comunicado en 2022 que “en muchos países, las medidas contra la lepra, incluidas la detección y el tratamiento de los casos, se han visto alteradas por la pandemia de COVID-19”.

Desde el año 2000, Novartis ha donado a través de la OMS más de 68 millones de envases de MDT. En 2021 renovó su compromiso de donación hasta 2025, lo que supuso que el tratamiento siga siendo gratuito en todo el mundo. Aun así, erradicar la lepra no es tan sencillo, ya que entran en juego muchos otros factores. En el caso de Malawi, un país en el puesto 169 del Índice de Desarrollo Humano, son la formación del personal sanitario y el acceso a los centros de salud: “Cuando un paciente llega a un centro de salud local suceden dos cosas: que el equipo médico no tiene los conocimientos para detectarla, por lo que lo derivan al hospital del distrito y que, en consecuencia, el paciente debe desplazarse hasta ese hospital para recibir el diagnóstico, lo que supone algo inasumible tanto por distancia, falta de medios de transporte y dinero”, explicó Fátima Kalima, coordinadora de la zona central y este de Malawi del Programa Nacional para la Eliminación de la Tuberculosis y Lepra, un programa que opera bajo el paraguas del Ministerio de Salud.

Combatir la lepra con educación

El Dr. James Mpunga, director del programa, explicó los primeros pasos que están implementando: “En los centros de salud locales, hemos comenzado a desarrollar formaciones para que los sanitarios puedan reconocer los signos y síntomas, la detección, el diagnóstico y el tratamiento. También estamos dotando a los establecimientos por debajo del nivel distrital con medicamentos. Esto ha comenzado en los centros de salud de los distritos donde la notificación de casos es alta”. Dos de los distritos donde se ha diagnosticado más lepra son Nkhota-kota y Salima, precisamente donde Dermalawi focaliza su labor.

Gisela Hebe Petiti Martin, la directora del proyecto, explicó por qué donde ellos trabajan es donde las cifras son más grandes: “En Nkhota-kota y Salima se ha identificado el mayor número de enfermos debido a la búsqueda activa que hacemos. Puede parecer que aquí es donde más lepra hay, pero eso es solo un espejismo que refleja la falta de detección en el resto de los lugares“. Estadísticamente hay más porque hay más gente diagnosticando y haciendo el rastreo de contactos, lo que deriva en la detección de nuevos enfermos en el núcleo familiar y vecinal. Según Mpunga, hay muchos casos en las comunidades que todavía no han sido detectados.

La semana del 24 de octubre el Ministerio de Salud organizó en Dedza la primera sesión destinada a la formación de los sanitarios de cinco hospitales del distrito: “La descentralización de los servicios de control de la enfermedad y la capacitación de los asistentes médicos, enfermeras y oficiales es nuestro objetivo primordial”, explicó Mpunga. Otro problema aparte son los recursos. A pesar de que la Fundación Fontilles, una histórica institución española,

colabora con Dermalawi llevando a cabo el análisis mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de los pacientes dudosos de lepra, el diagnóstico en este país es únicamente clínico y no hay ningún laboratorio especializado. En 2020 se detectaron 127.558 nuevos casos a nivel mundial, entre ellos 8.629 de niños menores de 15 años, [según la OMS](#).

Desconocimiento, el mal mayor

B.J. tiene 17 años y vive en Kalungama, una de esas aldeas a lado y lado de un camino de tierra interminable. En abril de 2021 fue diagnosticado de lepra y en junio comenzó su tratamiento. Debía tomarlo en un periodo entre 12 y 18 meses, pero B.J. no le dio importancia, fue inconstante y en un año y medio tan solo había tomado ocho envases. Los dermatólogos llegaron a Kalungama en octubre de 2022 y encontraron a B.J. mucho peor que al principio: estaba apático, deprimido, con lesiones irreversibles en los nervios ocular y facial y dolor en manos y pies: las llamadas parestesias. Ahora B.J. debe volver a empezar el tratamiento por el agravamiento de la enfermedad y porque interrumpió la medicación.

Evitar este tipo de situaciones es la tarea principal de Texon Phiri, trabajador social del área de Nkhotakota y Salima. La falta de mecanismos del Ministerio de Salud le ha puesto manos a la obra: Texon se mueve por las comunidades de los dos distritos más afectados de la región central, asegurándose de que a ningún paciente le falte el tratamiento. En su motocicleta, junto a su equipo de voluntarios, recorre las comunidades para administrarlo y hacer un seguimiento de los enfermos. Esa última actividad ha contribuido a sensibilizar a los convivientes de pacientes con lepra para que acudan por su cuenta a los hospitales del distrito. Texon lleva a cabo desde hace años lo que el Programa Nacional para la Eliminación de la Tuberculosis y Lepra empieza a implementar ahora.

Fátima Kalima, que también es oficial en dermatología, dice que [el plan estratégico](#) del Ministerio de Salud para combatir la lepra es muy bueno sobre el papel, pero falla su puesta en práctica: “Hay muchísimos casos y no podemos confiar en las estadísticas porque no son fiables. Ahora mismo no estamos ganando la batalla”, explicó. En Mpamantha, un pueblo aislado al que se llega bajando por una carretera polvorienta llena de surcos, Thokozani Tambulasi, el asistente médico encargado del centro de salud, reafirma el desconocimiento del personal sanitario sobre esta enfermedad: “A veces nos llegan pacientes con heridas, pero tenemos miedo a contagiarnos y muchas veces no los curamos”. El riesgo de contagio por contacto con una herida es, simplemente, nulo. Esas heridas, provocadas por traumatismos o quemaduras, se deben a la falta de sensibilidad que provoca la enfermedad, lo que lleva a que la persona no sienta dolor en sus lesiones y que estas sigan agravándose. Si el personal sanitario no tiene formación sobre el bacilo de Hansen, el paciente volverá a su casa sin recibir tratamiento, lo cual incrementará el riesgo de infección, empeoramiento y, finalmente, amputación.

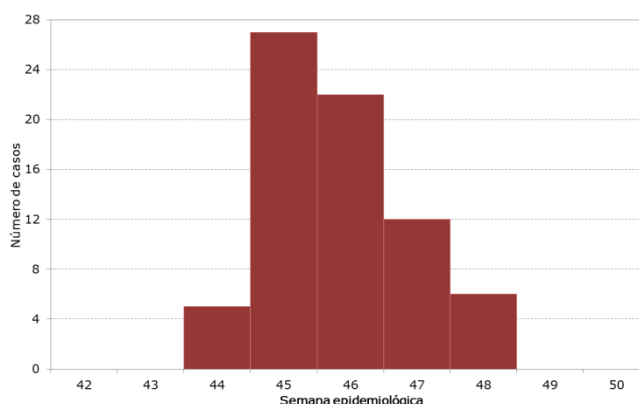
La lepra y el hambre

La lepra es conocida como una enfermedad de la pobreza y solo en las áreas más pobres del mundo sigue siendo endémica, según [explican numerosos expertos](#). En Malawi, 85% de la población se dedica a la agricultura, y 70% lo hace en pequeñas granjas y de subsistencia, según la [ficha del país](#) de la Oficina de Información Diplomática del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. Peter W. es uno de esos campesinos, pero este año no pudo coger la azada para sembrar su tierra ya que tiene uno de los signos más visibles e incapacitantes de la enfermedad: la mano en garra, provocada por el engrosamiento del nervio cubital. Peter tuvo que pagar a otra gente para que cultivara su tierra, un gasto inasumible para muchos...para la mayoría.

A pesar de que el Ministerio de Salud del país ha empezado a avanzar, todo lo relativo a la lepra en Malawi sigue en pañales. El retraso de la puesta en práctica de las medidas estratégicas ha dejado a muchísima gente en riesgo de contagio y la falta de formación ha impedido la detección de nuevos casos, por eso los datos oficiales son tan ciertos como insuficientes. A pesar de ello, la esperanza de conseguir el objetivo 'Hacia cero lepra': cero infección y enfermedad, cero discapacidades, cero estigma y cero discriminación, no está perdida.

La fuente de infección de un brote nacional de infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovar Agona es probablemente un cargamento de pepinos importados de España. Así lo demuestra el seguimiento llevado a cabo en relación con la investigación del brote.

No se han reportado nuevos casos en las últimas semanas, lo que puede indicar que el producto contaminado ya no está en el mercado. Es probable que el brote haya terminado.



Casos notificados. Noruega. Semanas epidemiológicas 42 a 50 de 2022. Fuente: Instituto Noruego de Salud Pública.

“Los resultados de la investigación del brote muestran que determinados lotes de pepino de un proveedor español destacan como probable fuente de infección. Estos lotes de pepino ya no están en el mercado y, por lo tanto, no se ha podido analizar el producto para detectar la bacteria del brote”, dijo la asesora principal del Instituto Noruego de Salud Pública (FHI), Heidi Lange.

“Las frutas y verduras frescas, como el pepino, siempre deben lavarse y secarse bien, especialmente los productos importados. El pepino también se puede pelar. Además, es importante lavarse las manos después de la manipulación para que la contaminación no se transfiera a los utensilios, la cocina u otros alimentos”, dijo Lange.

“Probablemente el brote haya terminado, pero no podemos descartar que puedan aparecer más casos individuales. Estamos siguiendo la situación de cerca”, agregó.

En total, hay 72 personas provenientes de todo el país que han sido diagnosticadas con la bacteria gastrointestinal *Salmonella enterica enterica* serovar Agona. Todos enfermaron durante un breve período, desde fines de octubre hasta principios de diciembre, con un pico en las semanas epidemiológicas 45 y 46. También se han notificado casos con la misma cepa del brote en Suecia y los Países Bajos en el mismo período.

“Por lo tanto, la sospecha se ha dirigido a un producto alimenticio importado que está disponible en todo el país, tiene una vida útil relativamente corta y es común para muchas personas”, informó Heidi Lange.

Investigación minuciosa

El Instituto Noruego de Salud Pública analizó más de 50 entrevistas de pacientes e información de compra. El instituto también llevó a cabo un estudio de casos y controles comparando lo que han consumido los infectados con lo que ha consumido una selección aleatoria de otras personas. Casi 90% de los infectados informaron haber consumido pepino la semana antes de enfermar, pero dado que el pepino es un alimento común en Noruega, este producto

no aparece en el estudio de casos y controles. En cambio, ayuda a desmentir otras hipótesis como fuentes de infección en este brote.

Además, la Autoridad Noruega de Seguridad Alimentaria llevó a cabo un extenso trabajo de rastreo en el que determinados lotes de pepino de un proveedor español han sido identificados como la fuente más probable de infección.

La investigación del brote se llevó a cabo en colaboración con los jefes médicos municipales locales, la Autoridad Noruega de Seguridad Alimentaria y el Instituto Veterinario.



Sobre el brote

Los infectados tienen entre 1 y 88 años, la mediana de edad es de 36 años y 37 de los infectados son mujeres. 24 de los infectados han sido hospitalizados.

Se han detectado bacterias con el mismo perfil genético en 58 de 72 personas infectadas. Para los 14 infectados restantes, los resultados de secuenciación aún no están claros.

Las personas viven en Viken (18), Vestland (15), Vestfold og Telemark (14), Oslo (8), Innlandet (5), Rogaland (3) Trøndelag (3), Troms og Finnmark (3), Møre og Romsdal (2) y Nordland (1). Solo el condado de Agder no registra casos vinculados con el brote.

Salmonella Agona es un serovar raro de *Salmonella*, tanto en Noruega como en el resto de Europa. Se había detectado anteriormente en el país, pero solo como casos aislados y generalmente en personas que habían estado en el extranjero.

El 11 de octubre de 2022 se declaró un brote de sarampión en la provincia de Limpopo. Posteriormente, las provincias de North West y Gauteng informaron brotes de sarampión el 2 y el 6 de diciembre de 2022, respectivamente.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 40 y 49, el país observó un aumento en los casos confirmados por laboratorio, con un total de 169 casos notificados entre el 11 de octubre y el 7 de diciembre en cuatro de nueve provincias del país: Limpopo (98 casos), Mpumalanga (50), Gauteng (13) y North West (8).



Los 98 casos confirmados por laboratorio en Limpopo se informaron del 11 de octubre al 7 de diciembre. De los 98 casos, 76 tenían un estado de vacunación desconocido, 10 estaban vacunados y 12 no estaban vacunados.

Desde la SE 41, cuando se declaró el brote en la provincia de Limpopo, hasta la SE 45, el número de casos notificados semanalmente aumentó constantemente y alcanzó su punto máximo en la SE 47.

La edad de los casos notificados en todo el país oscila entre los 2 meses y los 42 años. El grupo etario más afectado es el de 5 a 9 años (44% de los casos), seguido por el de 1 a 4 años (28%). De los 169 casos, 125 tenían un estado de vacunación desconocido contra el sarampión, 18 estaban vacunados y 26 no estaban vacunados.

El estado de vacunación de los casos de sarampión confirmados por laboratorio en las provincias con brotes declarados indica que 74% tiene un estado de vacunación desconocido, mientras que solo 11% se vacunaron en las provincias.

Acciones de salud pública

La autoridad de salud de Sudáfrica está apoyando las siguientes actividades en respuesta al brote de sarampión. La respuesta de salud pública al brote en las provincias tiene como objetivo mejorar la inmunidad contra el sarampión en todas las provincias afectadas.

- Actualmente, las provincias están realizando campañas de vacunación en las zonas afectadas. La inmunización de rutina debe reforzarse ya que el brote es una oportunidad para identificar y corregir las debilidades del programa de vacunación.
- Se ha fortalecido la inmunización de rutina en los distritos y provincias afectados.
- Se está reforzando la vigilancia y la coordinación de la respuesta al brote implementada tanto a nivel provincial como distrital.
- Se está haciendo el seguimiento de los casos confirmados por laboratorio para el apoyo a la gestión de casos.
- Se hace el seguimiento y se vacuna a los contactos de casos confirmados por laboratorio.

- Se continúa apoyando la respuesta con logística adicional, incluidos medicamentos y consumibles médicos para la gestión de casos.

Interpretación de la situación

El brote de sarampión en Sudáfrica, que ha mostrado una tendencia creciente en el último mes, ha disminuido en los últimos siete días. Dada la sólida capacidad de laboratorio del país, todos los casos notificados han sido confirmados por laboratorio. El seguimiento de la gestión de casos y el seguimiento de casos y contactos para la vacunación continúan, sin embargo, los esfuerzos de fortalecimiento de la vacunación deben continuar para controlar el brote.

El Departamento de Agricultura, Reforma Agraria y Desarrollo Rural de Sudáfrica alertó a los residentes y viajeros de vacaciones sobre la rabia en las zonas de alto riesgo del país.

La rabia es particularmente común en las provincias de KwaZulu-Natal, Eastern Cape, Limpopo y Mpumalanga, así como en la frontera entre la provincia de Free State y Lesotho. Las áreas costeras de KwaZulu-Natal y Eastern Cape tienen un riesgo particularmente alto para rabia: se recomienda a la población no acercarse, tocar o recoger perros o gatos callejeros de estas áreas por ningún motivo.

El departamento advirtió que, al recoger animales callejeros y ubicarlos, se podría estar ayudando a propagar la rabia a otras zonas y provincias y poner en riesgo la vida propia y la de la familia. Alentó a las personas a informar sobre los animales callejeros a las autoridades locales de bienestar y apoyar a estas organizaciones en el cuidado de dichos animales. Recordó que la rabia puede ocurrir en cualquier parte de Sudáfrica y, por lo tanto, se debe evitar el manejo de animales desconocidos.

La rabia es una enfermedad zoonótica muy grave, casi siempre fatal. Cualquier mamífero puede infectarse con rabia, pero la mayor amenaza para la salud humana son los perros y gatos infectados. El virus de la rabia se transmite a través de la saliva de un animal infectado cuando muerde, araña o lame a una persona. Los animales infectados con rabia pueden mostrar cambios en el comportamiento, pero estos varían ampliamente desde ataques no provocados hasta volverse demasiado amigables o simplemente parecer soñolientos. Pueden babear mucho, no ser capaces de tragar, vocalizar continuamente (ladrar, gemir, aullar, etc.), mostrar un comportamiento extraño y, a veces, volverse agresivos o, por el contrario, pueden parecer débiles e insensibles.

En animales y humanos, la enfermedad afecta el cerebro y una vez que los signos clínicos se vuelven visibles, no existe un tratamiento curativo y es 100% fatal. Por lo tanto, si alguien sospecha que ha estado expuesto a un animal que puede tener rabia, es de suma importancia lavar muy bien la herida con jabón y agua corriente y buscar tratamiento preventivo de inmediato en el centro de salud más cercano.

En lo que va de 2022, se han notificado 12 casos humanos de rabia confirmados por laboratorio en Sudáfrica. El último caso fue el de una niña de 7 años del pueblo de Ncera, East London, en el municipio de Buffalo City, confirmado el 10 de diciembre de 2022. Este informe advierte a las personas sobre la letalidad de la enfermedad, sus vías de transmisión y los animales hospedadores, y destaca las áreas de riesgo en Sudáfrica a medida que se acercan los días de vacaciones anuales.

La pandemia de COVID-19 interrumpió el progreso logrado en el combate al VIH de las últimas tres décadas. El Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria estima que la realización de pruebas para detectar el VIH disminuyó en 22% en comparación con los niveles previos a la pandemia, ya que los fondos que antes se destinaban a las pruebas y el tratamiento del VIH se reorientaron para combatir la pandemia.

Datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida revelan que casi dos millones de adultos y niños de América Latina y el Caribe viven con el VIH.

En este contexto, una de las lecciones aprendidas de la COVID-19 es la importancia de las pruebas, las cuales han sido una línea de defensa en todo el mundo, pero cuyo valor es bien conocido por la comunidad del VIH durante décadas.

Las pruebas y el tratamiento para el VIH han avanzado significativamente. Hoy es posible detectar a una persona durante la fase de infección aguda, estadio donde el virus se puede propagar más fácilmente, gracias a la disponibilidad de pruebas diagnósticas rápidas de VIH de cuarta generación, que detectan la infección inicial, lo cual aumenta la posibilidad de que el tratamiento sea eficaz y también reduce la posible transmisión del VIH.

A partir de 2010, a nivel global, las nuevas infecciones de VIH han disminuido en 31%. De los 37,7 millones de personas estimadas que actualmente viven con el VIH, más de 28,2 millones reciben terapia antirretroviral. Incluso con el aumento significativo de las tasas de pruebas del VIH en las últimas décadas, casi una de cada cinco personas todavía no conoce su estado de infección, lo que continúa el ciclo de nuevas infecciones.

Repensar el enfoque de las pruebas del VIH

Hoy tenemos la oportunidad de repensar el enfoque hacia las pruebas diagnósticas de VIH para aumentar y facilitar el acceso. Se necesitan pruebas de diagnóstico más ampliamente disponibles, por fuera de los entornos de atención médica tradicionales.

Las pruebas diagnósticas rápidas permiten a las personas acceder a su información de salud, de manera rápida y precisa, en el momento y lugar en que lo necesiten, sin discriminación, sin estigma. Además, relacionan a las personas con información de su salud en tiempo real y así pueden ayudar a generar cambios de comportamiento que permitan detener las transmisiones, así como el acceso a tratamientos.

Las pruebas diagnósticas rápidas de VIH aumentan la autonomía del paciente, combaten el estigma y pueden ayudar a incrementar la detección general del VIH.

Estandarizar las pruebas de VIH como atención de rutina

Se podría lograr un mayor progreso en el combate al VIH si convirtiéramos las pruebas diagnósticas del VIH en un nuevo estándar. Ser parte de nuestros chequeos de rutina y evaluaciones de salud en el hogar que incluyan una simple prueba de VIH con un pinchazo en el dedo o un hisopo oral. Al igual como las pruebas de diabetes, colesterol y otras.

Actualmente, como resultado de la COVID-19, la gente está familiarizada con las pruebas diagnósticas rápidas. Muchos se enteraron de que tenían el virus incluso si no mostraban síntomas o no sabían que estaban expuestos. Ese conocimiento les permitió hacer cuarentena para evitar la propagación del virus o buscar tratamiento temprano.

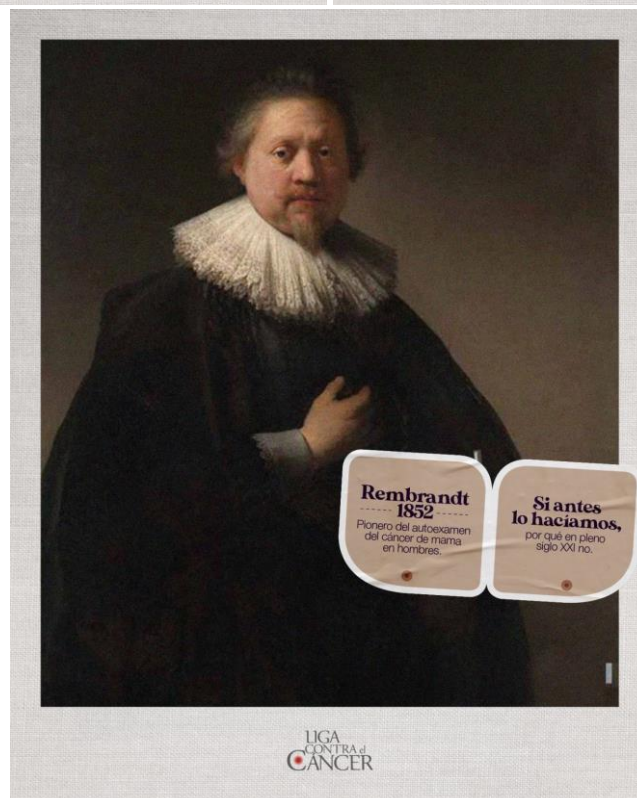
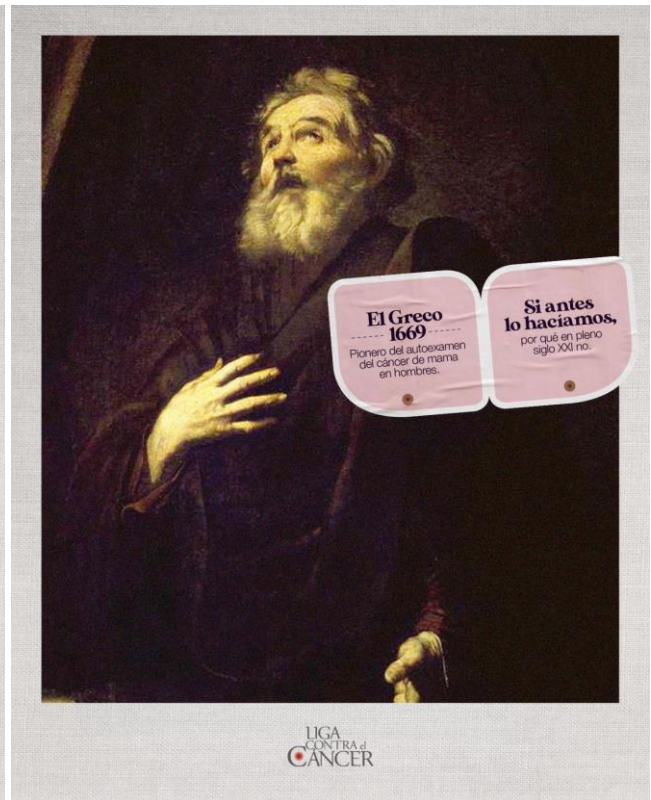
El mismo razonamiento se aplica para el VIH. Si una persona asintomática se entera de que es portadora del virus, puede modificar su comportamiento para reducir la propagación y buscar un tratamiento que pueda convertirlo en una afección crónica manejable.

Décadas de innovación, experiencia y una mayor comprensión de la prevención y el tratamiento del VIH ahora permiten ver el fin de esta epidemia como un objetivo de salud pública realista. Nos hemos acostumbrado a las pruebas periódicas de COVID-19 para protegernos a nosotros mismos y a los demás.

Es hora de hacer lo mismo con el VIH y poner fin a la epidemia de una vez por todas.

Se acortan los tiempos para alcanzar los objetivos globales 2030, para reducir y acabar con el VIH, por lo que se debe actuar con rapidez. Ganar la lucha contra el VIH/sida significa trabajar juntos para ampliar el acceso a las pruebas y el tratamiento, incentivar el uso generalizado de las pruebas de detección de manera periódica y trabajar para derribar las barreras del estigma.

Prevención...



Aunque el cáncer de mama es más común en las mujeres, en los hombres tiene una alta tasa de mortalidad, ya que no creen que esto les pueda ocurrir. Nunca se controlan y, por lo tanto, lo descubren en una etapa tardía. Algo tan simple como un autoexamen, tocándose el pecho de vez en cuando, puede evitar que formen parte de esas pequeñas pero mortales estadísticas. Resulta que, por alguna razón estética, varios hombres antiguamente posaron para las pinturas con las manos tocándose el pecho en una posición similar a la de un autoexamen. Por eso se decidió nombrar a estos pintores, precursores del autoexamen de mamas en los hombres, visionarios de siglos pasados que ya demostraban que un hombre tocándose el pecho durante largos períodos de tiempo no era motivo de escándalo. Esta campaña, titulada 'La concienciación sobre el cáncer de mama desde hace siglos' fue publicada en Perú en noviembre de 2022.

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.