

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza

AMÉRICA

- Bolivia: Un brote de leishmaniosis en Tarija afectó a diez personas, causando una muerte
- Brasil: Campinas confirmó dos muertes por fiebre manchada y alertó sobre el contagio
- Estados Unidos: Detectan en Mississippi la bacteria que causa la melioidosis

- Perú: Inician vacunación antirrábica humana preexposición en comunidades indígenas de Junín

EL MUNDO

- África: 91 millones de personas están infectados con hepatitis B o C
- Australia: El regreso del letal virus Hendra
- China: Nuevos estudios confirman al mercado de Wuhan como el origen de la COVID-19
- España: Reportaron un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Castilla y León

- Francia: Brote de infecciones por *Escherichia coli* vinculado a productos lácteos

- Nigeria: Descubren un nuevo vector de la malaria en el norte del país
- Nigeria: El país busca eliminar el noma, una enfermedad bucal grave y a menudo letal
- Pakistán: Nuevo caso de poliomielitis salvaje en Waziristán del Norte
- Suecia: Detalles de un raro brote de salmonelosis por cangrejos congelados de China

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Adherentes



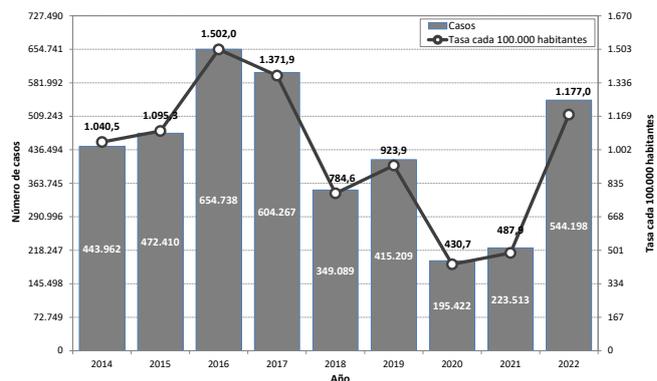
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

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

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

En el año 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 26, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 544.198 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1.177 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos de las primeras 26 SE de los últimos nueve años, se observa que los que presentaron mayor número de notificaciones fueron 2016 y 2017. El número de casos registrados presenta un descenso durante los años 2020 y 2021 en contexto con el inicio y desarrollo de la pandemia de COVID-19, observándose un incremento en el año en curso.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2022, hasta semana epidemiológica 26. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

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) 2.380 muestras para influenza. El porcentaje de positividad alcanzó un máximo entre las SE 16 y 17, con un descenso posterior; en la SE 26 volvió a ascender, alcanzando a 19,18%.

En el año 2022, entre las SE 16 y 26, las muestras positivas para virus Influenza fueron 261: 260 (99,6%) para Influenza A y una (0,4%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 25 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A(H3N2).

Los casos de influenza se detectaron en todos los grupos etarios, con el mayor número de muestras positivas en los grupos de 25-34 años y 45-64 años.

Entre las SE 23 y 27, se analizaron en laboratorio 3.366 muestras de pacientes hospitalizados, con 115 detecciones positivas (porcentaje de positividad de 3,42%); de éstas, 113 fueron Influenza A y dos Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 40 muestras cuentan con subtipificación, detectándose influenza A(H3N2).

En la distribución por grupos etarios, en el periodo analizado, el mayor número de casos positivos se observó en los grupos etarios de menores de 5 años, de 45 a 64 años y de 65 años o más.

Hasta la SE 27 de 2022, se registraron 95 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

El Jefe de Observaciones de Epidemiología de Tarija, Marcelo Magne, informó que un niño, de Villa Montes, de tres años de edad, falleció por leishmaniosis, a pesar que fue trasladado de emergencia a Santa Cruz. Por otra parte, indicó que “no hay un incremento de casos a nivel departamental, pero a partir de los meses de octubre, noviembre y diciembre es cuando se pueden presentar estos pacientes, ya que el periodo de incubación puede ser de meses, incluso de años”.

En este sentido, el niño era muy pequeño y no pudo combatir la enfermedad que lo venía afectando desde medio año previo a su fallecimiento.

“Al momento hay 10 casos confirmados a nivel de todo el departamento, desde que se presentó el primer caso. Tenemos un fallecimiento, pero el resto de los pacientes actualmente ya completó su tratamiento, el último en el Hospital ‘San Juan de Dios’, que ya retornó a su hogar en Villa Montes”.



La Secretaría de Salud de Campinas (São Paulo) confirmó el 21 de julio dos muertes más causadas por la fiebre manchada brasileña este año en la ciudad. Se registran cinco casos positivos de la enfermedad y tres defunciones, lo que genera una alerta por la alta probabilidad de contagio de la enfermedad que transmite la garrapata estrella (*Amblyomma sculptum*) en esta época del año.

La veterinaria de Vigilancia Municipal de Salud, Tosca de Lucca, dijo que el período actual –de mayo a octubre– es el de mayor prevalencia de la garrapata en estado de ninfa. Es en esta etapa cuando el arácnido es más ávido de alimento y más competente para transmitir la bacteria *Rickettsia rickettsii*, que causa la enfermedad.

“Todos los estadios de crecimiento de la garrapata pueden transmitir, pero la ninfa tiene un mayor potencial de transmisión”.

No existe una vacuna para prevenir la enfermedad, pero los antibióticos están disponibles en todos los establecimientos de salud para las personas con síntomas, incluidos niños y ancianos. La fiebre junto con otros síntomas se debe informar lo antes posible en las unidades de salud.

“Muchas veces notamos que una persona tarda de dos a tres días en procurar atención, y cuando lo hace, ya es tarde. Entre el comienzo de los síntomas y la muerte, pasan de 6 a 8 días. Si se comienza a tratar al cuarto día, la chance de fallecer aumenta mucho. Si una persona tiene fiebre, debe acudir a la unidad de salud. No debe automedicarse, porque eso retrasa el diagnóstico”, advirtió.

Casos y muertes

El primer caso del año fue confirmado en mayo, un soldado del Ejército de 18 años que se contagió en la Fazenda Chapadão, en la región norte de la metrópoli. Murió el 24 de abril.

Los últimos cuatro casos fueron confirmados esta semana. Los sitios probables de infección fueron los distritos de Sousas y Barão Geraldo.

Los pacientes fallecidos son los siguientes:

- Varón, 30 años: inicio de síntomas el 18 de junio y fallecimiento el 26 de junio. Infectado, probablemente, en Barão Geraldo.
- Varón, 66 años: inicio de síntomas el 24 de junio y fallecimiento el 30 de junio. Infectado, probablemente, en Sousas.
- Hombre, 18 años: falleció el 24 de abril.

Otros dos pacientes infectados son varones de 43 y 27 años, que iniciaron síntomas el 27 de mayo y el 3 de junio, respectivamente, infectados probablemente en Sousas.

Transmisión y síntomas

Las áreas más comunes de transmisión de la fiebre manchada son las cercanías de ríos y arroyos, donde se encuentran poblaciones de carpinchos y caballos. Pero Tosca advirtió que

animales más pequeños, como zarigüeyas y los puercoespines arborícolas, son huéspedes secundarios de la garrapata estrella y pueden acercarse a los humanos.

Los meses más fríos y secos son los de mayor transmisibilidad de la fiebre manchada. Los lugares de riesgo de la ciudad están señalizados con carteles, emplazados en las inspecciones de Vigilancia.

En 2021 se registraron 11 casos (5 muertes), y en 2020, 7 casos (5 muertes).



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos identificaron por primera vez en muestras ambientales domésticas la bacteria que causa una rara y grave enfermedad llamada meliodosis. La bacteria, *Burkholderia pseudomallei*, se identificó mediante muestreo de suelo y agua en la región de la costa del Golfo de Mississippi.

No está claro cuánto tiempo ha estado la bacteria en el ambiente y dónde más podría encontrarse en Estados Unidos; sin embargo, los modelos sugieren que las condiciones ambientales de los estados de la Costa del Golfo son propicias para el crecimiento de *B. pseudomallei*. Los CDC están alertando a los médicos de todo el país sobre este descubrimiento a través de un aviso de salud nacional, recordándoles que estén al tanto de los signos y síntomas de la meliodosis y que consideren esta enfermedad en pacientes que presenten síntomas compatibles.

Dos personas no relacionadas que vivían muy cerca geográficamente en la región de la Costa del Golfo del sur de Estados Unidos enfermaron de meliodosis con dos años de diferencia, en 2020 y 2022, lo que llevó a los funcionarios de salud estatales y a los CDC a tomar muestras y analizar productos domésticos, suelo y agua en y alrededor de las casas de ambos pacientes, con su permiso. Tres de las muestras tomadas del suelo y del agua de los charcos en 2022 dieron positivo en los CDC para *B. pseudomallei*, lo que indica que las bacterias del ambiente fueron la fuente probable de infección para ambos individuos y han estado presentes en el área desde al menos 2020.

La meliodosis es causada por el contacto directo con *B. pseudomallei*, que se encuentra en el suelo y el agua contaminados. Entre el promedio de 12 casos de meliodosis diagnosticados en Estados Unidos cada año, la mayoría ha ocurrido en personas que viajaron recientemente a un país donde esta bacteria es endémica. Los casos de meliodosis también se han relacionado con productos comerciales contaminados importados de países donde la enfermedad es endémica. Esto ocurrió recientemente en 2021, cuando un clúster de cuatro casos en cuatro estados se vinculó con un aerosol para aromaterapia contaminado importado.

La meliodosis tiene una amplia gama de síntomas inespecíficos, como fiebre, dolor en las articulaciones y dolor de cabeza, y puede causar afecciones que incluyen neumonía, formación de abscesos o infecciones de la sangre. En todo el mundo, la meliodosis es fatal en 10 a 50% de las personas infectadas. Históricamente, *B. pseudomallei* se ha encontrado en áreas tropicales y subtropicales como el sur y sureste de Asia, el norte de Australia y partes de América Central y del Sur y Puerto Rico. Dada la cantidad muy pequeña de casos de meliodosis identificados históricamente en Estados Unidos, los CDC creen que el riesgo de meliodosis para la población general sigue siendo muy bajo.

Las personas que viven en la Costa del Golfo de Mississippi y que tienen problemas de salud que pueden ponerlos en mayor riesgo, como diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar crónica o consumo excesivo de alcohol, deben tomar precauciones para protegerse:

- Evitar el contacto con tierra o agua fangosa, especialmente después de fuertes lluvias, y proteger las heridas abiertas con apósitos impermeables.

- Usar botas impermeables al trabajar en el jardín, o al realizar trabajos agrícolas, lo que puede prevenir infecciones en los pies y la parte inferior de las piernas, especialmente después de inundaciones o tormentas.
- Usar guantes para proteger las manos cuando se trabaja directamente con la tierra.

Los CDC alientan a los proveedores de atención médica en la región de la Costa del Golfo del sur de Estados Unidos, así como a los médicos de todo el país, a aprender sobre la melioidosis y a estar conscientes del potencial de más casos a medida que los CDC y sus socios continúan investigando la propagación geográfica de *B. pseudomallei*. Como una enfermedad de notificación obligatoria a nivel nacional, la melioidosis siempre debe informarse al departamento de salud estatal.



Con el objetivo de proteger la salud de la población expuesta a la rabia silvestre, el Ministerio de Salud de Perú inició el plan de vacunación antirrábica humana de preexposición en las comunidades indígenas priorizadas de la región Junín que se encuentran en alto riesgo de transmisión de la enfermedad causada por la mordedura de animales.

La intervención es gratuita y se realiza en un total de 59 comunidades nativas de 10 distritos de las provincias de Chanchamayo y Satipo para lograr proteger a las personas a partir de los 6 meses de edad.



“La meta es proteger a 3.975 habitantes de las comunidades priorizadas de Junín, mediante la aplicación de tres dosis de vacuna antirrábica. La primera dosis es al contacto, la segunda a los siete días y la tercera a los 28 días”, señaló el coordinador del Componente de Zoonosis de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis del Ministerio de Salud, José Luis Bustamante Navarro.

El funcionario explicó que los pobladores están expuestos al riesgo constante de accidentes por mordedura de murciélagos hematófagos, principalmente, y de otros animales silvestres debido a la vulnerabilidad de sus viviendas, que permiten la entrada de éstos, y a las actividades económicas de caza, recolección, ganadería entre otros, que realizan en zonas de riesgo y sin protección.

Agregó que las jornadas de vacunación están acompañadas por las acciones de sensibilización para transmitir los mensajes preventivos y la importancia de completar las tres dosis de la vacunación antirrábica, través de charlas informativas, reuniones con los comuneros y difusión por medios de comunicación.

“También incidimos en que la comunidad conozca y ponga en práctica la triada preventiva, que consiste en cumplir tres pasos esenciales ante un caso de mordedura: lavar la herida, en lo posible identificar al animal mordedor y acudir al establecimiento de salud para recibir atención médica inmediata. El virus de la rabia es mortal”, apuntó.

En esta línea, Bustamante Navarro invocó a la población expuesta a evitar el contacto con animales silvestres, usando mosquiteros y protegiendo la vivienda para evitar su entrada, así como evitar dormir a la intemperie sin protección.

Este plan de vacunación antirrábica humana de preexposición que impulsa el Ministerio de Salud busca proteger a una población objetivo de 24.427 personas, de las cuales 23.596 personas recibirán tres dosis y 831 personas completan su esquema de vacunación de campañas anteriores.

El mundo



ÁFRICA

91 MILLONES DE PERSONAS ESTÁN
INFECTADOS CON HEPATITIS B O C

27/07/2022

Más de 91 millones de africanos viven con hepatitis B o C, que son las cepas más mortales del virus, según un registro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se lanzó el 27 de julio.

El [Registro de Hepatitis Virales 2021](#) analiza los datos de la Región Africana, pero se centra en las hepatitis B y C, que causan cirrosis hepática y cáncer. Encontró que, en 19 países, más de 8% de la población está infectada con hepatitis B, mientras que en 18 países, más de 1% de la población vive con hepatitis C. En 2020, la Región Africana representó 26% de la carga mundial de hepatitis B y C y 125.000 muertes asociadas.

Alrededor de 70% de las infecciones por hepatitis B en todo el mundo se producen en África. Pueden pasar décadas después de la infección por el virus antes de que una persona comience a manifestar síntomas. Así, lo que es particularmente preocupante para el futuro es que la región represente 70% de los casos mundiales de hepatitis B en menores de 5 años, con 4,5 millones de niños africanos infectados. Actualmente, 33 países tienen una prevalencia de hepatitis B de más de 1% entre menores de 5 años, lo que representa una pequeña mejora con respecto a los 40 países de 2019.

“Se ha llamado a la hepatitis la epidemia silenciosa, pero este registro está haciendo sonar una alarma para que la Región y el mundo la escuchen”, dijo la Dra. Matshidiso Moeti, Directora Regional de la OMS para África. “Debemos hacerlo mejor y evitar que esta enfermedad nos robe el futuro de nuestros hijos. Existe una vacuna segura y eficaz que ofrece casi 100% de protección contra la hepatitis B, una de las cepas más letales del virus. Debemos asegurarnos de que todos los niños africanos sean vacunados dentro de las 24 horas posteriores a su nacimiento y se les haga un seguimiento con dos o más dosis de la vacuna”.

El registro encontró que la cobertura de vacunación infantil de rutina contra la hepatitis B es de 72% para la Región, muy por debajo del objetivo mundial del 90% necesario para garantizar que el virus ya no sea una amenaza para la salud pública. El número de países con más de 90% de cobertura ha aumentado, de 23 en 2019 a 27 en 2021. Además, aunque la vacuna con dosis al nacimiento se administra solo en 14 países africanos, con una cobertura general de 10%, es un aumento de los 11 países en 2019.

La hepatitis se puede propagar a través de productos sanguíneos contaminados, y se necesita mucho más progreso para garantizar la seguridad de la sangre. En la Región Africana, solo 80% de las donaciones de sangre se analizan con control de calidad, mientras que 5% de las jeringas se reutilizan. Solo se distribuyen seis jeringas por usuario de drogas inyectables, en comparación con el objetivo mundial anual de 200.

Las tasas de diagnóstico y tratamiento son alarmantemente bajas, según muestra el registro. En 2021, solo 2% de las personas infectadas con hepatitis B fueron diagnosticadas y solo 0,1% recibió tratamiento. Para la hepatitis C, se diagnosticó 5% de las personas infectadas y casi 0% recibió tratamiento.

“Para cambiar el rumbo, los servicios de hepatitis deben pasar de las clínicas especializadas a instalaciones descentralizadas e integradas donde la mayoría de los africanos todavía buscan atención. Es necesario capacitar a más trabajadores de atención primaria de la salud para diagnosticar y tratar el virus”, dijo Moeti. “Si bien ha habido progreso en hacer que los medicamentos contra la hepatitis sean asequibles, aún queda mucho por hacer”.

El Día Mundial de la Hepatitis de este año lleva el lema “Llevando la atención de la hepatitis más cerca de ti”. Es un llamado a la acción para que los países mejoren rápidamente el acceso a los servicios para prevenir, diagnosticar y tratar todas las cepas de hepatitis.

Para hacer avanzar a los países hacia la atención descentralizada, la OMS está lanzando materiales de capacitación específicos para ayudar a los trabajadores de la salud a ampliar la prestación de servicios simplificados de hepatitis B y C, en línea con los principios de la Cobertura Universal de Salud.

La OMS ha estado brindando apoyo técnico a los países para su respuesta nacional contra la hepatitis, y 28 países africanos ahora tienen un programa nacional contra la hepatitis, ya sea como programa independiente o integrado con los servicios de VIH. Se han desarrollado planes estratégicos contra la hepatitis en 21 países, mientras que 17 países tienen pautas de prueba y tratamiento alineadas con las pautas de la OMS.

En 2021, la OMS estableció el Marco 2021-2030 para una respuesta multisectorial integrada a la tuberculosis, el VIH, las infecciones de transmisión sexual y la hepatitis en la Región Africana. El objetivo es apoyar hitos que incluyen la introducción de la dosis de vacuna contra la hepatitis B al nacer en 35 Estados miembros, el diagnóstico de al menos 30% de las personas con infecciones crónicas por hepatitis y el logro de 30% de las personas con hepatitis B y C en tratamiento.

La hepatitis sigue siendo una importante amenaza para la salud pública en África. El progreso en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento se vio obstaculizado entre 2019 y 2021 debido a la implementación insuficiente de las intervenciones contra la hepatitis en los países.

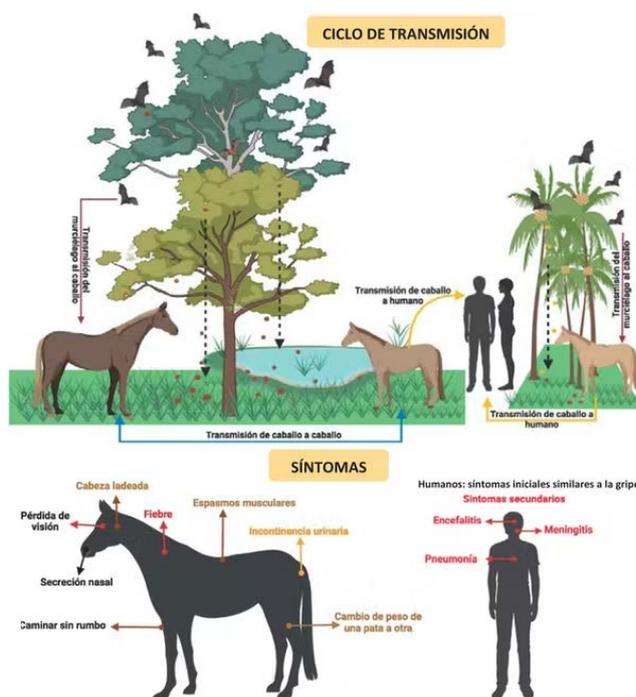
Para marcar la diferencia y acelerar los objetivos de eliminación, los países deben considerar la amenaza de la hepatitis como una prioridad y acercar la atención de la hepatitis a sus comunidades al:

- aumentar la financiación nacional para la eliminación de la tuberculosis, el VIH, las infecciones de transmisión sexual y la hepatitis;
- establecer una plataforma para la prestación integrada de intervenciones (incluido el enfoque del ciclo de vida; atención de la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente; e inmunizaciones)
- invertir en información y vigilancia para la acción.

Las autoridades sanitarias de Queensland (Australia) notificaron que el pasado 8 de julio un caballo del área de Mackay dio positivo para la infección por el virus Hendra. Es el primer caso en la región desde el año 2017. Como medida preventiva, el animal, que estaba muy enfermo, fue sacrificado.

El virus Hendra es un virus zoonótico emergente altamente patógeno que afecta a caballos y humanos, aunque también se han producido infecciones experimentales en otros mamíferos como gatos y conejillos de indias.

El virus Hendra fue descubierto en 1994, tras provocar un brote infeccioso en un establo australiano situado en el suburbio de Hendra, en la ciudad de Brisbane (Queensland). El incidente provocó la muerte de 14 caballos y de su entrenador, un hombre llamado Vic Rail.



Vic Rail y sus caballos

Victory Robert Rail, apodado Vic Rail, era un entrenador de caballos de carreras. En septiembre de 1994, trasladó dos caballos a sus establos desde un potrero suburbano de Brisbane. Al poco tiempo, los dos animales mostraron síntomas de una enfermedad respiratoria desconocida. Los caballos recibieron tratamiento veterinario temprano, pero su condición empeoró. Es más, otros caballos del establo comenzaron a enfermar. En una semana, 14 caballos habían muerto o habían sido sacrificados por los servicios veterinarios locales.

La preocupación creció cuando Vic Rail desarrolló síntomas similares a los de habían presentado sus caballos. Instado por su pareja, buscó tratamiento médico. Vic fue ingresado en el hospital del sur de Brisbane. Murió allí una semana después, el 27 de septiembre de 1994.

Desde entonces, han sido reconocidos más de 60 contagios naturales por virus Hendra en caballos en Australia, lo que ha supuesto la muerte de más de 100 animales. También en este periodo se han confirmado siete casos en humanos y cuatro muertes.

Otro virus transmitido por murciélagos

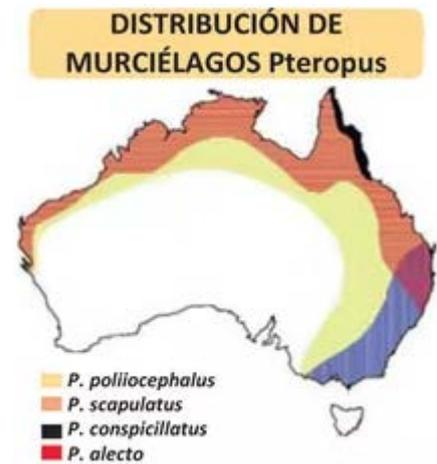
El virus Hendra pertenece al género *Henipavirus* y a la familia Paramyxoviridae. Las especies de murciélagos del género *Pteropus*, denominados zorros voladores, parecen ser los reservorios naturales del virus.

Los caballos inicialmente infectados que Rail llevó a su establo probablemente habían olfateado o comido vegetación contaminada con excrementos o saliva de un zorro volador por-

tador del virus Hendra. Todos los casos humanos confirmados hasta la fecha se infectaron después de sufrir exposiciones de alto nivel a fluidos corporales de un caballo infectado, como por ejemplo realizar autopsias en caballos sin usar el equipo de protección personal adecuado o ser rociados extensamente con secreciones respiratorias.

De momento no hay evidencia de transmisión de humano a humano, de murciélago a humano, de murciélago a perro o de perro a humano.

La infección ocasiona una enfermedad respiratoria aguda y encefalítica grave con inflamación de los vasos sanguíneos (vasculitis endotelial). El virus Hendra tiene una alta tasa de letalidad, que ronda 90% en caballos y 60% en humanos. Además, causa encefalitis crónica entre los sobrevivientes.



Trote sin rumbo, uno de los síntomas

En los caballos, el virus Hendra causa síntomas muy diversos que incluyen fiebre, aumento de la frecuencia cardíaca y deterioro rápido con signos respiratorios y/o neurológicos. Con frecuencia los animales exhiben espasmos musculares, incontinencia urinaria, cabeza ladeada, pérdida de visión o desplazamientos sin rumbo.

Los síntomas en humanos suelen desarrollarse entre 5 y 21 días después del contacto con un caballo infeccioso. Inicialmente incluyen fiebre, tos, dolor de garganta, dolor de cabeza y cansancio. Después, las personas afectadas pueden desarrollar meningitis o encefalitis, lo que provoca fuerte dolor de cabeza, fiebre alta, somnolencia y, a veces, convulsiones y coma que derivan en la muerte de las personas afectadas.

El enfoque *Una Sola Salud*

La vacunación es la forma más eficaz de reducir el riesgo de infección por el virus Hendra en los caballos. La eficacia de un inmunógeno llamado HeV-sG condujo al desarrollo y lanzamiento de la vacuna anti-HeV equina (Equivac® HeV), sin virus vivo ni inactivado, comercializada por Zoetis Inc. en Australia en el año 2012.

La Autoridad Australiana de Pesticidas y Medicamentos Veterinarios (APVMA) otorgó el registro completo de Equivac® HeV en agosto de 2015. La vacuna contiene formas solubles de glicoproteína G (sG) del virus Hendra, adyuvada con un complejo inmunoestimulante. Es una vacuna segura y eficiente.

De momento no hay vacunas destinadas a la administración en humanos, pero utilizando el mismo inmunógeno se intenta desarrollar vacunas de emergencia eficientes para interrumpir la posible propagación de la enfermedad en personas.

Desde luego, la vacuna contra el virus Hendra para caballos es un magnífico ejemplo de lo que supone el enfoque Una Sola Salud en el control de las enfermedades humanas. En Australia, establecer una estrategia Una Sola Salud para el virus Hendra ha dado como resultado una gestión informada más eficiente y eficaz. De hecho, este planteamiento permitió que en octubre de 2021 fueran identificados nuevos genotipos del virus Hendra en zorros voladores australianos.

El hallazgo contempla la posibilidad de que, en cualquier momento, surjan nuevos virus, demostrando la importancia de los programas de bioseguridad y vigilancia.

Dos nuevos estudios vuelven a apuntar al mercado chino de Wuhan como epicentro de la aparición del SARS-CoV-2 a causa de actividades asociadas con el comercio de animales salvajes.

Las investigaciones utilizan enfoques complementarios que implican análisis espaciales y ambientales, así como estudios moleculares, para proporcionar pruebas de que la pandemia se originó en dicho espacio.

Los expertos concluyen que es muy probable que el SARS-CoV-2 estuviera presente en los mamíferos vivos que se vendían en la ciudad a finales de 2019 y plantean, además, que la diversidad genómica del virus antes de febrero de 2020 probablemente comprendía solo dos linajes virales, denominados A y B. Estos linajes fueron el resultado de al menos dos eventos separados de transmisión entre especies hacia los humanos.



Venta de carne en un mercado de un área residencial de Wuhan, China.

El centro de las infecciones y la venta de fauna silvestre

Para probar la hipótesis de que el mercado fuera el epicentro de la pandemia, un [estudio](#) utilizó herramientas cartográficas para estimar la localización en longitud y latitud de más de 150 de los primeros casos notificados a partir de diciembre de 2019, incluidos los que no habían sido vinculados directamente al mercado. La mayor densidad de estos casos se concentró alrededor del dicho espacio.

Al mapear los casos de enero y febrero de 2020 utilizando datos de Weibo, una aplicación de medios sociales que creó un canal para que las personas con COVID-19 buscaran ayuda médica, los investigadores identificaron casos en otras partes del centro de Wuhan que se irradiaban desde el mercado a medida que avanzaba la pandemia.

En análisis posteriores, los científicos observaron que allí se vendieron múltiples portadores potenciales de fauna silvestre hasta al menos noviembre de 2019. Concretamente, identificaron cinco puestos que probablemente vendían mamíferos vivos o recién descuartizados. Posteriormente, los dueños de dichos puestos fueron infectados por el virus.

Un virus con dos linajes separados

Por su parte, para comprender mejor las circunstancias que condujeron al origen de la pandemia, el otro [estudio](#) analizó la diversidad genómica del SARS-CoV-2 al principio de la pandemia. Aunque esta aumentó a medida que la pandemia se extendía desde China a otros países, dos linajes del SARS-CoV-2, denominados A y B, marcaron su inicio en Wuhan.

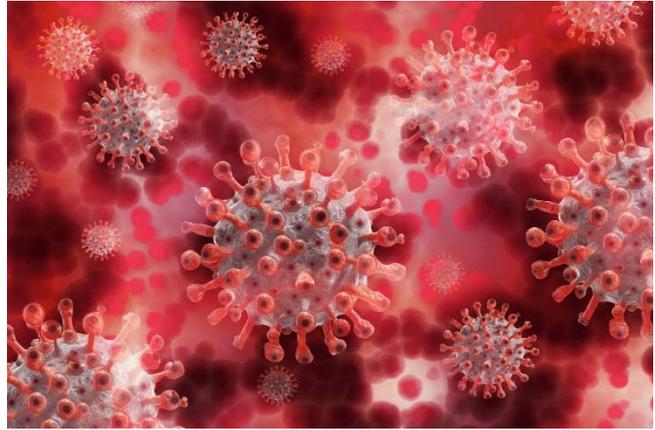
Se usaron datos genómicos y epidemiológicos de los primeros momentos de la pandemia con modelos y simulaciones para probar sus hipótesis. Su conclusión es que la primera transmi-

si3n zoon3tica probablemente involucr3 a los virus del linaje B alrededor de noviembre de 2019, mientras que la introducci3n separada del linaje A probablemente ocurri3 d3as o semanas despu3s de este evento.

Al igual que con otros coronavirus, la aparici3n del SARS-CoV-2 probablemente fue el resultado de m3ltiples eventos zoon3ticos.

Los resultados del primer estudio tambi3n son consistentes con esta idea de un origen separado y la aparici3n posterior del linaje A en el mercado a fines de noviembre de 2019.

Estos hallazgos indican que es poco probable que el virus circulara ampliamente en humanos antes de noviembre de 2019 y delimitan la estrecha ventana temporal entre el momento en que el SARS-CoV-2 salt3 por primera vez a los humanos y cuando se notificaron los primeros casos de COVID-19.



Un hombre de mediana edad aquejado de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, fue trasladado el 21 de julio desde León hasta Euskadi, y quedó ingresado en la Unidad de Alta Seguridad Biológica del Hospital Donostia de Osakidetza, destinada a pacientes con enfermedades infecciosas graves.

Este paciente, que se encuentra estable, llegó a Euskadi a bordo de un avión medicalizado del Ejército que lo trasladó desde El Bierzo (León) hasta San Sebastián. El Ministerio de Sanidad solicitó al de Defensa su apoyo para trasladar al paciente, que se encontraba ingresado en el hospital de El Bierzo.

No es la primera vez que la Unidad Médica de Aeroevacuación (UMAER) realiza este tipo de misión, ya que en el año 2014 fue la encargada de repatriar a España desde Liberia y Sierra Leona a pacientes contagiados por el virus del ébola.

La Junta de Castilla y León, a través de la Dirección General de Salud Pública y su Servicio de Epidemiología, confirmó el 20 de julio el caso de fiebre hemorrágica en la comarca leonesa de El Bierzo.

El enfermo presentaba una picadura de garrapata y aunque permanece en estado estable dada la gravedad clínica que implica esta patología, se han adoptado las medidas de aislamiento y protección de los profesionales sanitarios previstas para estas situaciones.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es causada por un virus cuyo mecanismo de transmisión principal es la picadura de garrapatas del género *Hyalomma*, aunque también puede transmitirse de persona a persona por contacto con sangre o fluidos del enfermo, lo que puede ocurrir especialmente en personal sanitario cuando no está debidamente protegido.

El Departamento de Salud del Gobierno Vasco recordó que la enfermedad puede presentarse de manera silente y, de hecho, un alto porcentaje de personas infectadas no llegan a presentar ningún síntoma, aunque pueden derivar en fiebre alta y hemorragias persistentes.

La letalidad de las formas graves de la enfermedad es de entre 10 y 40%. Se trata de una enfermedad emergente y hasta el año pasado se habían detectado solo nueve casos de fiebre hemorrágica en España.

Hospitalización de Alta Seguridad Biológica

El Hospital Universitario Donostia, es uno de los siete hospitales en todo el Estado con un área de Hospitalización de Alta Seguridad Biológica donde se encuentra ubicada una habitación disponible y habilitada para pacientes con enfermedades infecto-contagiosas que requieran altas condiciones de aislamiento y seguridad.

La seguridad de pacientes y profesionales es un aspecto al que se le ofrece una especial relevancia en esta área, recordó el Departamento de Salud vasco.

De hecho, cada persona que entra en la habitación siempre sale a través de una ducha de descontaminación por hipoclorito sódico y cualquier equipamiento que desde esta área

podiera ser trasladado al resto del edificio, antes pasa también por un proceso de descontaminación con peróxido de hidrógeno.

El conjunto de profesionales de Osakidetza que están participando en el proceso cuentan con conocimiento y formación necesaria para realizar su labor. Salud destacó que se ha puesto en marcha el dispositivo y el protocolo para recibir al paciente en menos de 24 horas.

El Departamento de Salud emitió un mensaje de tranquilidad a la vista de que se trata de una enfermedad poco frecuente y de que el dispositivo de aislamiento y seguridad está en marcha, y reconoció el “conocimiento y compromiso” de los profesionales de Osakidetza al “responder con solidaridad a la solicitud del Ministerio” para recibir al paciente.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) es una enfermedad viral causada por el orthonairovirus de la FHCC, que es endémica en las regiones de África, los Balcanes, Medio Oriente y el oeste y centro-sur de Asia. El virus ha causado importantes brotes en las regiones vecinas de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE), principalmente en la región de los Balcanes, Türkiye y Rusia. El orthonairovirus de la FHCC generalmente se transmite a través de las picaduras de garrapatas del género *Hyalomma*. Estas garrapatas están ampliamente distribuidas por el sur y el este de Europa. El virus también se puede transmitir a través del contacto directo o indirecto con la sangre o los órganos de huéspedes virémicos (animales o humanos). Por lo tanto, los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con FHCC pueden estar expuestos al virus si no toman las medidas de protección adecuadas.

La FHCC se diagnosticó por primera vez en Bulgaria a mediados de la década de 1950 y se volvió endémica en algunas regiones del país. En Grecia, en 2008 se notificó el primer y hasta ahora único caso autóctono. En 2016, España notificó sus primeros casos autóctonos en la provincia de Ávila, Castilla y León. Desde entonces, España ha notificado casos esporádicos casi todos los años. Según datos del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, en 2021 se notificaron dos casos en las provincias de Salamanca y León.

Un reciente estudio de vigilancia de garrapatas a gran escala documentó la distribución del orthonairovirus de la FHCC en cinco regiones de España, que cubren las partes central y suroeste del país.

Los médicos, especialmente los generales, así como el personal de laboratorio, los trabajadores de la salud pública, las partes interesadas y el público en general deben ser conscientes de la situación de la FHCC en España. Debido a que algunos casos clínicos pueden ser leves y etiológicamente no resueltos por los médicos, se debe disponer de herramientas adecuadas que puedan detectar el virus en los casos clínicos sospechosos. El diagnóstico de FHCC se ve dificultado por las condiciones de bioseguridad requeridas para manejar un virus de alto riesgo biológico.

Las actividades de salud pública, incluida la vigilancia de zoonosis como la FHCC, deben llevarse a cabo bajo el paraguas de Una Sola Salud. Actualmente se están realizando estudios de seroprevalencia a gran escala en animales y humanos. El gran esfuerzo que requiere la coordinación de representantes de salud pública locales y nacionales y de entomólogos, virólogos y especialistas en salud animal y humana debe ser un paso esencial en el control de estos patógenos.

Castilla y León es una comunidad autónoma en el noroeste de España, la más grande del país en términos de superficie, con 94.222 km². Sin embargo, está escasamente poblada, con una densidad de población inferior a 30 habitantes/km². Si bien no se ha declarado explícitamente una capital, las sedes de los poderes ejecutivo y legislativo están establecidas en Valladolid por ley, y a todos los efectos esa ciudad (también el municipio más poblado) sirve como capital regional de facto.

Castilla y León es una región sin salida al mar, limita con Portugal y con las comunidades autónomas españolas de Galicia, Asturias, Cantabria, Euskadi, La Rioja, Aragón, Castilla-La Mancha, la Comunidad de Madrid y Extremadura. Comprende principalmente la mitad norte de la Meseta Interior, está rodeada por barreras montañosas (la Cordillera Cantábrica al Norte, el Sistema Central al Sur y el Sistema Ibérico al Este) y está drenada por el río Duero, que fluye hacia el oeste, hacia el Océano Atlántico.

Desde principios de junio, se han notificado 12 casos de síndrome urémico hemolítico (SUH) en Francia, en las regiones de Provence-Alpes-Côte d'Azur y Occitanie. El SUH es una complicación grave asociada con la infección por *Escherichia coli* que causa insuficiencia renal y, a veces, la muerte.

Siete niños y cinco niñas de 11 meses a 9 años enfermaron entre el 4 de junio y el 18 de julio.

En Francia, la vigilancia de *E. coli* productora de toxina Shiga (STEC) solo se basa en el SUH en niños menores de 15 años, por lo que solo detecta los casos más graves.

Salud Pública de Francia, la Dirección General de Alimentos (DGAL) y la Dirección General de Salud (DGS) son parte de la investigación.

Vínculos con la empresa láctea

El Centro Nacional de Referencia para *E. coli* del Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de París ha descubierto que cinco de los niños fueron infectados por *E. coli* O26 con las mismas características, lo que significa que es probable que la fuente sea la misma.

Esta bacteria también se ha detectado en un producto elaborado por Fromagerie de L'Aupillon, con sede en el municipio de Trets, en la región de Bouches-du-Rhône.

Todos los artículos producidos en esas fechas por la empresa se han retirado. Esto incluye leche, yogures y queso. Se distribuyeron principalmente en Var y Bouches-du-Rhône, en la región de Provence-Alpes-Côte d'Azur en minoristas y restaurantes.

Los funcionarios pidieron a las personas que tienen los productos que no los consuman. Agregaron que aquellos que visitaron la granja o compraron productos lácteos sin pasteurizar deberían prestar especial atención al desarrollo de cualquier síntoma relacionado con *E. coli*.

El brote se produce en momentos en que Salud Pública de Francia reiteró las medidas preventivas contra *E. coli*, ya que cada año durante el verano se observa un aumento de las infecciones transmitidas por los alimentos, incluido el SUH.

El riesgo de desarrollar SUH es mayor para las personas mayores o los niños pequeños. Se presenta en 5-8% de los casos de infección por STEC.

Los síntomas de las infecciones por *Escherichia coli* varían para cada persona, pero a menudo incluyen calambres estomacales severos y diarrea, que a menudo es sanguinolenta. Algunos pacientes también pueden presentar fiebre. La mayoría de los pacientes se recuperan en 5-7 días. Otros pueden desarrollar síntomas y complicaciones graves o potencialmente mortales.

Alrededor de 5-10% de las personas diagnosticadas con infecciones por *E. coli* desarrollan una complicación de insuficiencia renal potencialmente mortal, conocida como síndrome urémico hemolítico (SUH). Los síntomas del SUH incluyen fiebre, dolor abdominal, sensación de mucho cansancio, disminución de la frecuencia de micción, pequeños hematomas o sangrado inexplicable y palidez.

Muchas personas con SUH se recuperan en unas pocas semanas, pero algunas sufren lesiones permanentes o mueren. Esta condición puede ocurrir en personas de cualquier edad, pero es más común en menores de cinco años debido a su sistema inmunitario inmaduro, en adultos mayores debido al deterioro del sistema inmunitario y en personas con sistemas inmunitarios comprometidos, como pacientes con cáncer.

Las personas que experimentan síntomas de SUH deben buscar atención médica de emergencia. Es probable que las personas con SUH sean hospitalizadas porque la afección puede causar otros problemas graves, como hipertensión, enfermedad renal crónica, daño cerebral y problemas neurológicos.



NIGERIA

DESCUBREN UN NUEVO VECTOR DE LA
MALARIA EN EL NORTE DEL PAÍS

26/07/2022

El Director General del Instituto de Investigación Médica de Nigeria, Prof. Babatunde Salako, dijo el 25 de julio que se había descubierto un nuevo vector de la malaria, *Anopheles stephensi*, en el norte de Nigeria.

Dijo que se trata de un vector resistente, muy difícil de erradicar, y que no se había encontrado en ninguna región de África Occidental.

El jefe del NIMR declaró que se trataba de un descubrimiento de los investigadores del instituto y que tiene implicaciones para el control de la malaria en Nigeria.

Anopheles stephensi es un vector de la malaria común en el Sudeste Asiático y Medio Oriente. Se detectó por primera vez en África Oriental alrededor de 2012, en Djibouti.

Este es el primer informe acerca del hallazgo de este vector en África Occidental, específicamente en el norte de Nigeria. Se ha demostrado que *Anopheles stephensi* ha provocado un aumento en la transmisión de la malaria en India y Pakistán desde que se descubrió allí por primera vez. El hallazgo de este vector tiene implicaciones para el control de la malaria en Nigeria, particularmente con medidas de control de vectores como el uso de mosquiteros tratados con insecticida y la fumigación de interiores con efecto residual. Es necesario mejorar la vigilancia entomológica en toda la subregión para comprender la propagación de esta nueva especie de mosquito que propaga la malaria.

Como Director Médico Jefe del Hospital Infantil para el Noma, en Sokoto, en el extremo noroeste de Nigeria, el Dr. Shafiu Isah dedica sus días a tratar a niños que padecen una enfermedad desatendida de la que pocas personas han oído hablar.

El noma es una enfermedad gangrenosa que ataca el tejido facial y los huesos. Sin tratamiento, mata alrededor de 90% de sus víctimas, la mayoría de las cuales viven en zonas rurales de difícil acceso, en tan solo unas pocas semanas. “Desafortunadamente, debido a la pobreza extrema y la falta de conciencia, muchos de estos niños mueren en casa sin siquiera llegar al hospital”, dijo Isah, lo que a su vez exacerba las brechas sustanciales de conocimiento sobre esta enfermedad prevenible y tratable.



En ausencia de datos epidemiológicos confiables, una estimación global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1998 de 140.000 casos nuevos al año sigue siendo la fuente más citada sobre el noma. La mayoría de estos casos se encuentran en el África Subsahariana en niños de entre dos y seis años.

Incluso para aquellos que finalmente sobreviven a la enfermedad, si no se tratan de inmediato, solo les toma unos días quedar con graves desfiguraciones faciales que les dificultan comer, hablar, ver o respirar. A su vez, esto a menudo conduce a una grave estigmatización dentro de sus comunidades y a una variedad de violaciones de derechos humanos que las acompañan.

“Hemos tenido casos en los que, cuando el paciente se presenta en el hospital, ya no tiene la mandíbula inferior completa, ni tampoco el conducto de las fosas nasales”, dijo el Dr. Abubakar Abdullahi Bello, presidente del Comité Asesor Médico del Hospital Infantil para el Noma, en Sokoto.

“Pero si los casos llegan temprano al hospital, entonces no tienen esos problemas. Eso es lo que estamos promoviendo. Con el ingreso temprano, también podemos reducir la duración de la estancia en el hospital y estos pacientes no requerirán una intervención quirúrgica”.

El noma se puede prevenir mediante intervenciones básicas de salud pública, como mejorar la nutrición y la higiene bucal; el control de comorbilidades como el sarampión, la malaria y la infección por el VIH; y mejorar el acceso a las vacunas de rutina.

En los últimos años, Nigeria ha buscado aumentar la conciencia sobre el noma y ampliar sus actividades de respuesta como parte de un compromiso para eliminar la enfermedad debilitante. Desde 2016, se encuentra entre los 10 países prioritarios para formar parte del Programa Regional Africano de Control del Noma de la OMS.

Nigeria ha desarrollado e implementado el plan de acción nacional del programa para la prevención y el control del noma en colaboración con la OMS y otros socios.

El Ministerio de Salud de Nigeria ha integrado el noma en su sistema de vigilancia existente y lo ha incorporado en los planes de estudios de todas las escuelas profesionales de la salud nacionales y distritales, mientras que el país ahora conmemora un Día Nacional del Noma en noviembre de cada año.

La financiación de la OMS, así como de Médicos Sin Fronteras (MSF), también ayudó al Ministerio a ampliar la capacitación de los trabajadores de atención primaria, con 741 que recibieron capacitación sobre el noma en 2021 y la primera mitad de 2022.

El 28 de julio de 2022, la OMS lanzó un nuevo curso en línea gratuito e interactivo sobre el noma a través de OpenWHO, la primera plataforma de la OMS para albergar usuarios ilimitados durante emergencias sanitarias.

“Este curso será una herramienta útil de autoaprendizaje para que los trabajadores de la salud aumenten su capacidad para prevenir, identificar, tratar y derivar el noma, considerando tanto los aspectos de salud pública como los de derechos humanos. Los funcionarios a cargo del noma a nivel nacional y distrital también pueden utilizar el material del curso para capacitar a los trabajadores de atención primaria”, dijo Yuka Makino, oficial técnico de salud bucal en la Oficina Regional de la OMS para África.

De regreso en el Hospital Infantil para el Noma, el Dr. Isah se siente alentado por el mayor enfoque de su país en esta enfermedad después de tantos años de abandono. “El noma aún no es muy conocida en nuestras comunidades, incluso entre los trabajadores de la salud, quienes a menudo la confunden con cáncer u otras enfermedades. Pero soy optimista de que esto está empezando a cambiar”, dijo. “Con la ayuda de otras partes interesadas, creo que estamos llegando allí”.

El optimismo de Isah no es infundado. Desde que el hospital abrió sus puertas en 1999, ha sido la única instalación especializada en el noma en todo Nigeria. Pero en mayo de este año, Nigeria Aids Noma Initiative (NANI) comenzó la construcción de un nuevo centro nacional de tratamiento del noma de 100 camas, financiado por la organización sin fines de lucro alemana Hilfsaktion Noma eV, dentro de los terrenos del Hospital Nacional en la capital del país, Abuja.

Por ahora, los pacientes con noma siguen llegando a Sokoto de todo el país en busca de tratamiento, a menudo después de haber sido identificados por los equipos de extensión del hospital. Mulikat Okanlawan fue uno de los primeros pacientes de este tipo. Hace más de 20 años, y después de muchos años de derivaciones y operaciones fallidas en otras instalaciones, viajó hasta Sokoto desde Lagos, a unos 1.000 km de distancia, para buscar atención especializada y finalmente encontrar la esperanza.

“Solía llorar todos los días. No me asocié con nadie debido al estigma. Estaba solo. Pero después de que me trataron aquí, todo cambió. Empecé a admirarme. Empecé a relacionarme con otras personas. Continué mis estudios. Empecé a hacer todo lo que antes no podía hacer”, dijo.

Luego de completar su educación terciaria en la Escuela de Tecnología de la Salud de Gwadbawa, Mulikat ahora trabaja como oficial de higiene en el Hospital Infantil para el Noma de Sokoto, donde también brinda apoyo psicosocial a los pacientes con noma.

“Los pacientes que vienen al hospital pueden ver que yo era como ellos, pero ahora estoy mejor y estoy trabajando”, dijo. “Ayuda a darles coraje”.

Pakistán registró un nuevo caso de infección por poliovirus salvaje tipo 1 en el distrito de Waziristán del Norte, lo que elevó la cuenta general de este año a 14. Según el Ministerio de Salud, todos los casos se informaron en menores de dos años.

El Laboratorio de Poliomiélitis de Pakistán dijo que la niña de ocho meses, la nueva víctima, comenzó su parálisis el 30 de junio.



Las campañas contra la poliomiélitis han demostrado ser exitosas en todo el mundo, con más de 99% del mundo ahora libre de la enfermedad. Sin embargo, Pakistán y Afganistán siguen siendo endémicos para la poliomiélitis y han informado 15 casos, uno de ellos en Afganistán.

El ministerio dijo que los centros nacionales de operaciones de emergencia de los dos países continúan con sus esfuerzos de coordinación transfronteriza.

Los países han sincronizado dos campañas contra la poliomiélitis en mayo y junio y están asegurando la vacunación de niños menores de 10 años en todos los principales puntos de tránsito, además de vacunar a personas de todas las edades en las fronteras internacionales.

El mes pasado, el ministro federal de Salud, Abdul Qadir Patel, pidió a la gente que garantizara la administración de la vacuna contra la poliomiélitis a sus hijos.

De los 14 casos confirmados de parálisis flácida aguda asociados con la infección por poliovirus salvaje tipo 1 en Pakistán en 2022, 13 corresponden a Waziristán del Norte. El 22 de julio de 2022, se confirmó un caso en Lakki Marwat, lo que sugiere que el poliovirus se estaba transmitiendo fuera de Waziristán del Norte (ambos distritos se encuentran en el sur de Khyber Pakhtunkhwa). Desde abril de 2022, se ha confirmado un nuevo caso de parálisis flácida aguda asociado con la infección por poliovirus salvaje tipo 1 en el sur de Khyber Pakhtunkhwa casi todas las semanas.

Investigadores han proporcionado más información sobre lo que se cree que es el primer brote de salmonelosis relacionado con cangrejos de río precocidos congelados en salmuera con eneldo.

A fines de septiembre de 2019, la Agencia de Salud Pública de Suecia (Folkhälsomyndigheten) identificó un clúster de nueve pacientes con infecciones por *Salmonella enterica enterica* serovar Newport. A fines de octubre, eran 25 los casos, con inicio de la enfermedad desde mediados de agosto hasta mediados de octubre.

Al comienzo de la [investigación](#), varios pacientes dijeron que habían consumido cangrejos de río. Sin embargo, esto no fue inesperado ya que las fiestas de cangrejos son una celebración tradicional en Suecia en agosto y septiembre¹. Por lo general, se sirven fríos y los cangrejos de río precocidos congelados están listos para comer después de descongelarlos, sin recalentarlos.

Muestreo positivo del producto

Se realizó un estudio basado en los casos de salmonelosis notificados y un cuestionario de trazabilidad de Salmonella, comparando 20 casos del brote y 139 casos de control. Los pacientes del brote tenían más probabilidades de haber consumido cangrejos de río, según el [estudio](#).

Con base en el trabajo adicional y las preguntas abiertas del cuestionario, se identificó como fuente una marca de cangrejo de río entero precocido congelado en salmuera con eneldo importado de China.

Los resultados de la investigación epidemiológica se comunicaron a la empresa minorista que vende una marca específica de cangrejos de río en salmuera con eneldo el 8 de noviembre. El minorista retiró todos los paquetes restantes. De estos, con fechas de producción del 30 de noviembre al 4 de diciembre de 2018, se analizaron 84 muestras de diferentes lotes.

Se detectó *Salmonella* Newport en seis muestras de lotes con fechas de consumo preferente del 1 y 2 de diciembre de 2021, respectivamente. También se encontró en la misma marca de cangrejos de río en salmuera con eneldo en un muestreo de seguimiento en un puesto de control fronterizo con una fecha de consumo preferente del 12 de diciembre de 2021. La secuenciación del genoma completo mostró que los aislamientos de muestras de alimentos coincidieron con la cepa del brote humano.

¹ La fiesta de cangrejos es una celebración tradicional de verano en los países nórdicos, en la que la gente se reúne para comer y beber. La tradición se originó en Suecia, donde esta fiesta se llama *kräftskiva*. La tradición también se ha extendido a Finlandia a través de su población de habla sueca, y Noruega. Existe una tradición similar en los países bálticos, en particular en Lituania y Letonia.

Las fiestas de cangrejos generalmente se llevan a cabo durante agosto, una tradición que comenzó porque la cosecha de cangrejos en Suecia estuvo, durante la mayor parte del siglo XX, limitada legalmente a fines del verano.

Los cangrejos se hierven en agua salada y se sazonan con eneldo, preferiblemente “eneldo de corona” cosechado después de que la planta haya florecido, luego se sirve frío y se come con los dedos. Pan, champiñones, queso, ensaladas y otros platos se sirven en forma de bufé.

No se sabe cómo se contaminó el producto. Se ha detectado *Salmonella* en cangrejos de río silvestres y es posible que no estuvieran bien cocidos. Sin embargo, dado que se encontró *Salmonella* en dos lotes, lo que indica una contaminación persistente, es más probable que el producto se haya contaminado después de la cocción, al agregar eneldo contaminado o por contaminación ambiental durante la preparación.

Dos casos tras el retiro

En total, se confirmaron 33 casos, con inicio de síntomas entre el 31 de julio y el 2 de noviembre de 2019. Se distribuyeron entre 12 de los 21 condados de Suecia, con entre uno y ocho casos en cada región. Las personas enfermas tenían edades comprendidas entre 1 y 82 años y 20 eran mujeres.

Se identificaron otras dos personas enfermas con la cepa del brote en 2020 y 2021. El caso de 2020 había consumido cangrejos de río de uno de los lotes retirados en 2019, pero el de 2021 afirmó no haber consumido cangrejos de río antes del inicio de la enfermedad.

Esto demuestra la dificultad de eliminar por completo el riesgo asociado con los alimentos contaminados con fechas de caducidad prolongadas, ya que la posibilidad de conectar un alimento en el congelador con un retiro del mercado o la noticia de un brote disminuye con el tiempo.

Ningún otro país europeo informó un aumento en los casos de *Salmonella* Newport.

Prevención...

RABIA

Tuyo Siempre

Sos responsable de tu mascota,
EN TODO MOMENTO, EN TODO LUGAR

El virus se localiza en la **saliva del animal infectado**.

El animal contagia la rabia **mordiendo** o **lamiendo** alguna zona lesionada del cuerpo de otro animal o de una persona.

f | t | i | v | www.salud.jujuy.gob.ar | **Primero está la gente** |  **Gobierno de JUJUY**
Ministerio de Salud

Consultá al centro de salud más cercano **ANTE CUALQUIER MORDEDURA.**

Gobierno de Jujuy, Argentina (2019).

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 reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.