

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de dos años

AMÉRICA

- Brasil: El número de muertes por dengue se triplicó en 2022
- Costa Rica: Los casos de malaria en 2022 ya superan en 45% los registrados en todo 2021
- El Salvador: No menos de 10% de los triatominos pueden transferir el *Trypanosoma cruzi* a humanos

- Estados Unidos: Ohio informó un caso de influenza A(H1N2)v, el quinto en el país en lo que va de 2022

- Estados Unidos: Recomiendan la vacunación anual cada otoño contra la COVID-19

- Estados Unidos: Preocupación ante el aumento de casos de infecciones de transmisión sexual en Wyoming

EL MUNDO

- Afganistán: La recta final del eterno camino para erradicar la poliomielitis

- Bangladesh: El dengue se cobra cinco vidas en 24 horas, y otras 284 personas están hospitalizadas

- Europa: Identifican en nueve países mosquitos tigre resistentes a los insecticidas

- Filipinas: Los casos de leptospirosis aumentaron 15% en los primeros ocho meses del año

- Francia: Vigilancia epidemiológica de dengue, fiebre zika y fiebre chikungunya

- Irak: Los casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo ascienden a 299 en lo que va del año

- Uganda: Significativos avances en la eliminación de la oncocercosis

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

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología
CSL Seqirus

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) 32, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 131.169 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, con una tasa de incidencia acumulada de 8.956,2 casos cada 100.000 menores de 2 años.

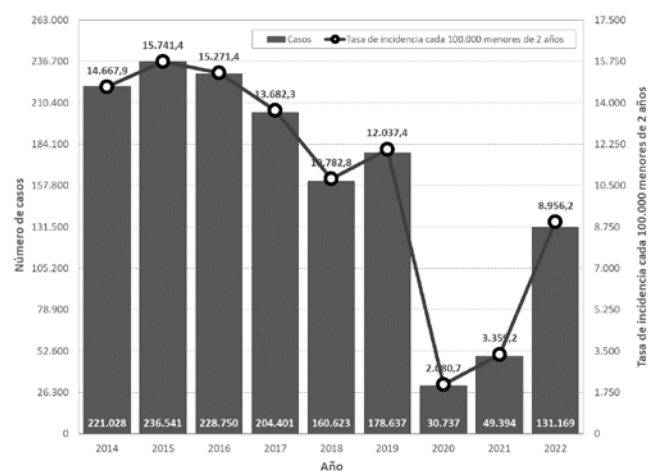
En base a los datos de las primeras 32 SE de los últimos nueve años, se observa que 2015 fue el que presentó el mayor número de notificaciones, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto del año previo y con un número 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.

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) 3.041 muestras para virus sincicial respiratorio (VSR). El porcentaje de positividad se mantuvo por debajo de 10%, con oscilaciones entre 1,7% y 8,7%, situándose en 5,43% en la SE 33.

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 33, se analizaron en laboratorio 5.934 muestras de pacientes hospitalizados, con 2.237 detecciones positivas (porcentaje de positividad de 37,70%).

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.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2014-2022, hasta semana epidemiológica 32. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

El Ministerio de Salud confirmó la muerte de 831 personas por dengue en Brasil en 2022, lo que representa 3,3 veces más víctimas que en 2021. Con la explosión de muertes, este ya es el tercer peor año del país en la última década, detrás de 2015 y 2019. En promedio, es como si la enfermedad matara a 25 brasileños cada semana.

Solo São Paulo da cuenta de tres de cada diez muertes por dengue: hay 253 en total. La lista continúa con Goiás, que tiene 106 víctimas, y Paraná, con 95, según el último boletín epidemiológico de la cartera, que recoge datos de este año hasta el 22 de agosto. Santa Catarina y Rio Grande do Sul registran 88 y 66 muertes cada uno. La cantidad aún podría aumentar, porque hay 295 muertes bajo investigación.



El país superó este año los 1,3 millones de casos, lo que lleva a una incidencia de 623,2 casos cada 100.000 habitantes. Hubo al menos 1.279 casos de dengue grave, que pueden incluir disfunción cardíaca, pulmonar, renal, hepática y del sistema nervioso central, y 15.931 con signos de advertencia. En este escenario, los síntomas pueden progresar a dolor abdominal, vómitos persistentes, deshidratación, fuertes mareos y sangrado en las mucosas, por ejemplo.

Dos regiones tienen una incidencia superior a la media. La Región Centro-Oeste sigue siendo la más afectada, con 1.851,4 casos cada 100.000 habitantes, el triple de la media nacional. La Región Sur tiene una incidencia de 1.022 casos cada 100.000 habitantes.

El dengue es una enfermedad cíclica, que aumenta en número de casos y muertes periódicamente, y es prevalente en las regiones tropicales. El aumento de casos en los últimos dos años está relacionado con la pandemia. El aislamiento impuesto a la población durante el último año redujo la circulación del virus del dengue, reduciendo el número de casos y, en consecuencia, las muertes causadas por el mismo.

Los casos de malaria registrados en Costa Rica hasta el mes de agosto, superan ya en 104 los contabilizados en todo el 2021, cifra que equivale a 45% del total del reporte de ese año.

Según estadísticas del Ministerio de Salud, durante 2021 se reportaron 228 casos de malaria en el país, mientras que en 2022, hasta la semana epidemiológica 34, la cifra ascendió a 332.

La mayor cantidad de casos se han registrado en la Región Huetar Norte del país, la cual reporta un total de 300, seguida de la Huetar Caribe con 24.

Además, la cantidad de casos de malaria registrados a la fecha es la más elevada de los últimos cinco años. En 2018 se reportaron 109, 140 en 2019, y 138 en 2020.

El país tiene como meta lograr la eliminación de la malaria para el año 2025, una vez hayan transcurrido tres años continuos sin detección de casos autóctonos.

Los insectos triatominos hematófagos pueden transportar en sus heces y transmitir a los humanos el parásito *Trypanosoma cruzi* que causa la enfermedad de Chagas, una infección de por vida que cobra un alto precio en la salud de la comunidad en las poblaciones pobres, particularmente en El Salvador.

Los esfuerzos para eliminar la enfermedad de Chagas requieren medidas activas y eficaces de control de vectores en respuesta a un cambio de las principales especies de triatominos vectores. Un reciente [estudio](#) abordó esta necesidad con una encuesta nacional de dos años sobre la infestación de vectores, cuyos resultados señalaron la posible transmisión activa de la enfermedad de Chagas e identificaron áreas donde los vectores tienen altas tasas de infección de parásitos, fortaleciendo así las capacidades de control de vectores en el país.

La encuesta de vectores de dos años de duración indicó una posible transmisión activa de la enfermedad de Chagas en todo El Salvador, lo que sugiere la necesidad de esfuerzos continuos y selectivos de control de vectores, con especial atención y recursos asignados a áreas donde los insectos vectores tienen altas tasas de infección de parásitos.

La enfermedad de Chagas, una de las 20 enfermedades tropicales desatendidas designadas por la Organización Mundial de la Salud, que prevalecen entre las comunidades empobrecidas del mundo pero que a menudo atraen una atención limitada, afecta a más de 7 millones de personas en América Latina. Aunque por lo general no resulta en la muerte, esta enfermedad tiene impactos adversos duraderos, lo que subraya la necesidad de prestar atención regular a las medidas de control de los insectos triatominos vectores actuales y emergentes. Sin embargo, los programas actuales de vigilancia y control de vectores, incluida la fumigación de rutina, se llevaron a cabo de manera indiscriminada sin una evaluación objetiva del riesgo de infestación de vectores y prevalencia de parásitos, lo que genera dudas sobre su eficacia.

La investigación abordó esta deficiencia mediante la realización de una encuesta dirigida casa por casa de las especies de vectores en todo El Salvador. Con este método de muestreo, se seleccionaron las casas encuestadas en función de sus materiales y el historial de infestación de triatominos antes de buscar los insectos allí. Se realizó un examen morfológico para identificar las especies de insectos, y se recolectaron sus heces para detectar la infección por parásitos, y confirmar la presencia de *T. cruzi*.

La encuesta mostró que la tasa de infestación de las principales especies de vectores llegó a 34% (107 de 311 casas encuestadas) y la prevalencia de la infección del parásito *T. cruzi* en estos insectos fue de aproximadamente 10%. Si bien estos insectos triatominos en particular eran omnipresentes en todo el país, la infección por *T. cruzi* se distribuyó de manera desigual entre los 14 departamentos salvadoreños. Los hallazgos señalan una posible transmisión activa de la enfermedad de Chagas, lo que sugiere la necesidad de esfuerzos de control de vectores continuos y más selectivos, con especial atención y recursos asignados a áreas con altas tasas de infección.

Se espera que los hallazgos contribuyan a métodos rentables de control de vectores de la enfermedad de Chagas, lo que representa un avance en la batalla en curso contra esta enfermedad tropical desatendida en el mundo real.



Funcionarios de salud del estado de Ohio informaron una infección humana con un nuevo virus de influenza A. El paciente estaba infectado con una variante del virus de la influenza A(H1N2) de origen porcino, A(H1N2)v. El paciente tiene menos de 18 años, no fue hospitalizado y se recuperó de su enfermedad.

Una investigación realizada por funcionarios locales de salud pública descubrió que el paciente había asistido a una feria agrícola el día del inicio de su enfermedad. La investigación adicional no identificó enfermedades respiratorias en ninguno de los contactos domésticos del paciente.

En lo que va de 2022, se ha informado un total de cinco infecciones humanas con variantes del virus de la influenza A en Estados Unidos, incluidos tres virus A(H3N2)v (Western Virginia) y dos A(H1N2)v (Ohio y Oregon).

Cuando un virus de la influenza que normalmente circula en los cerdos (pero no en las personas) se detecta en una persona, se le llama “variante del virus de la influenza”. La mayoría de las infecciones humanas con variantes del virus de la influenza ocurren después de la proximidad a los cerdos, pero ya se ha registrado previamente la transmisión de persona a persona. Es importante tener en cuenta que, en la mayoría de los casos, las variantes de los virus de la influenza no han demostrado la capacidad de propagarse de forma fácil y sostenible de persona a persona.

El presidente de Estados Unidos, Joseph Robinette Biden Jr., adelantó el 6 de septiembre el inicio en el próximo otoño de una campaña anual de vacunación contra la COVID-19 para todos los ciudadanos mayores de 12 años.

Así lo anunció el mandatario estadounidense en un comunicado emitido por la Casa Blanca en la que detalló el lanzamiento de una nueva estrategia de vacunación contra la COVID-19 con el que la mayoría de los estadounidenses podrían inyectarse una dosis una vez al año, cada otoño.



“A partir de esta semana, en decenas de miles de farmacias, consultorios médicos y centros de salud comunitarios, entre otros lugares, los estadounidenses de 12 años o más pueden ir a recibir esta nueva vacuna contra la COVID-19 en otoño”, expresó Biden en la misiva, asegurando que estas nuevas vacunas proporcionan mayor protección contra la variante Omicron.

“Como el virus sigue cambiando, ahora podremos actualizar nuestras vacunas anualmente para que se dirijan a la variante dominante. Al igual que con la vacuna anual contra la influenza, la personas deberían vacunarse en algún momento entre el Día del Trabajo (5 de septiembre en Estados Unidos) y Halloween (31 de octubre)”, añadió.

El presidente estadounidense resaltó que estas vacunas de refuerzo –que contienen componentes de ARN de la cepa original y de la variante Omicron–, se aplican una vez al año y pueden reducir el riesgo de contraer la enfermedad, así como de contagiar a otras personas.

“El invierno no está tan lejos. En los últimos dos años, hemos visto cómo se disparan los casos y las muertes por COVID-19. Este año no tiene por qué ser así. Las personas de 12 años o más deben vacunarse contra la COVID-19 este otoño”, remachó.

El principal epidemiólogo de la Casa Blanca, Anthony Stephen Fauci, aseguró anteriormente que, a menos que surja una variante “dramáticamente diferente”, las vacunas anuales podrían ofrecer suficiente protección para la mayoría de las personas.

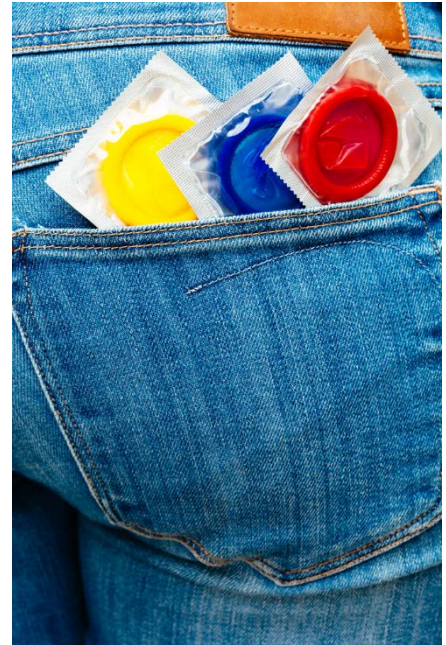
Dado que las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una preocupación cada vez mayor en todo el estado, el Departamento de Salud de Wyoming (WDH) está fomentando estrategias de prevención y pruebas para los residentes.

La comparación de los casos informados de 2021 con los de 2020 muestra que Wyoming experimentó aumentos de 23,6% en los casos de clamidiosis, de 33,5% en los casos de gonorrea y de 35,5% en los casos de sífilis. Hasta la fecha en 2022, en todo el estado, se han informado aproximadamente 982 casos de clamidiosis, 175 de gonorrea y 35 de sífilis.

La ITS más comúnmente diagnosticada en Wyoming es la clamidiosis. De las reportadas en Wyoming en 2021, 24% ocurrió en personas de 15 a 19 años, 41% en personas de 20 a 24 años y 27% en personas de 25 a 34 años.

La Dra. Alexia Harrist, oficial de salud estatal y epidemióloga estatal de WDH, dijo que el aumento de las tasas es desafortunado. “Si no se tratan, estas infecciones pueden causar dolor pélvico o abdominal a largo plazo, un mayor riesgo de contraer el VIH, infertilidad, complicaciones en el embarazo, mortinatos y muerte infantil”, dijo.

Harrist señaló que las pruebas generales de ITS se redujeron en 2020 y 2021 en comparación con años anteriores, lo que resultó en casos potencialmente no diagnosticados y no tratados en Wyoming.



EL PAÍS

AFGANISTÁN

LA RECTA FINAL DEL ETERNO CAMINO
PARA ERRADICAR LA POLIOMIELITIS

07/09/2022

Razia reposa en el cuarto principal de su casa, hecha de adobe, como la mayoría de las viviendas de las zonas rurales de Afganistán. Sonríe y observa los movimientos a su alrededor, mientras sus hermanos la atienden en todo lo que necesita. Aunque es la mayor, con 14 años, contrajo poliomielitis en sus primeros meses de vida y, desde entonces, depende de su familia para cualquier tarea. Sobre todo de su madre, Narghis, de 38 años.



Razia, de 14 años, con su familia en casa, a las afueras de Kabul. La adolescente contrajo poliomielitis en los primeros meses de vida y depende de su familia en el día a día.

Narghis recuerda cómo empezó todo. “En sus primeros dos años de vida estaba perfectamente, tenía buena salud. Pero a los dos años tuvo la primera parálisis. La llevamos al hospital y nos dijeron que deberíamos trasladarla a Pakistán porque aquí no había tratamiento para ella”. La familia, sin recursos, no pudo seguir las recomendaciones médicas. Y después de dos años, el problema empeoró. “Tuvo crisis continuas durante cuatro meses”.

Vivían en un entorno rural, en la provincia de Kunar, cerca del Valle del Korengal, conocido por ser una de las regiones donde la insurgencia talibán estuvo más activa y que se convirtió en una pesadilla para las tropas estadounidenses. Allí, faltos de recursos económicos, la única solución que veían los parientes de Razia era recorrer a los *mulás* (intérpretes de la religión y la ley islámicas) buscando la curación. Con el agravamiento de los combates entre Estados Unidos y los talibanes antes de que estos últimos volvieran al poder, hace 18 meses la familia se instaló a las afueras de Kabul, en el barrio de Pul-e-Charkhi, donde viven ahora en un alquiler que les asfixia económicamente.

El día a día se convierte en un camino de obstáculos. “Razia se despierta hacia las 6:00 horas y pide comer y lavarse la cara. Tras el desayuno, la cargo a mi espalda para llevarla al jardín y que tome el sol. Está fuera hasta la tarde, cuando vuelvo a darle comida y le cambio la ropa”, explica la madre. “No dice cuándo quiere ir al baño. Lo hace aquí mismo”, cuenta sin tapujos. “Le doy menos comida para que no tenga necesidad de ir mucho al baño”.

Se les hace duro no recibir ningún tipo de ayuda, ni tan siquiera de los vecinos de la zona, un barrio muy humilde que suele ser objetivo de redadas talibanes contra la delincuencia.

“Fuimos a una oficina de la Cruz Roja pero no conseguimos nada. Una vez también pedimos agua a los vecinos, pero no nos dieron ni eso. Nadie me ayuda”, lamentó Narghis. A ella le to-

ca asumir el cuidado de su hija, mientras su marido trabaja en un pequeño comercio y sus hijos buscan trabajo de limpieza en las calles de la capital. El menor de sus hijos, Shuaib, de 3 años, tiene cáncer de riñón, lo que le requiere trasladarse muy a menudo al Hospital Jamhuriat, el centro médico público de Kabul, [para recibir quimioterapia](#).

Afganistán es, junto con Pakistán, [el único país donde la poliomielitis sigue siendo endémica](#). En 2020 detectó 56 casos de poliovirus salvaje de tipo 1 (WPV1). En 2021, cuatro. Y este año hasta ahora ha registrado un solo caso, [según la Iniciativa de Erradicación Global de la Poliomielitis \(GPEI\)](#), que ve la reducción de casos como “una oportunidad extraordinaria para acabar con la poliomielitis”.

La erradicación de la enfermedad ha sido difícil debido a los sistemas de salud frágiles, el rechazo de las familias a la vacunación en las zonas rurales, la pobreza, el difícil acceso, grandes flujos de refugiados, la inseguridad y la desconfianza ante los equipos de vacunación. Además, antes de su vuelta al poder, [los talibanes se negaban](#) a que los vacunadores actuaran en las zonas que controlaban, ya que consideraban que servían como instrumento de espionaje para el ejército estadounidense. Todo esto ha imposibilitado que, sin una campaña puerta a puerta, se pudiera vacunar a todos los menores de cinco años, requisito necesario para eliminar del todo la enfermedad.

El retorno de los talibanes en agosto del año pasado al Gobierno de Afganistán ha traído consigo un cambio. Tres meses después, en noviembre de 2021, los talibanes aceptaban que se retomara la campaña de vacunación, en la que trabajan sobre todo el Ministerio de Salud Pública afgano [con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia \(UNICEF\)](#). El objetivo: llegar a los 3,3 millones de niños que no habían recibido la dosis desde 2018, la última vez que los equipos de vacunación pudieron llegar a las áreas más limitadas del país. En medio del optimismo de los organismos impulsores de la vacunación, a fines de febrero de este año, varios ataques simultáneos acabaron con la vida de ocho vacunadores, lo que obligó a la Organización de Naciones Unidas a suspender temporalmente las inmunizaciones en Kunduz y Tahar, las provincias norteñas afectadas.

El después de no haberse vacunado

El Hospital de Niños ‘Indira Gandhi’, en Kabul, rebosa de familias. Es el principal centro médico en el país para el cuidado de los más pequeños. Para llegar al interior hace falta pasar antes por el despacho del nuevo director, Dr. Mohammad Hasib. Es talibán, ya que el cambio de régimen ha hecho reemplazar los cargos antiguos del hospital por los fundamentalistas. Se graduó en la Universidad Médica de Kabul, aunque la mayor parte de su vida profesional ha transcurrido fuera de la urbe, en las montañas. Durante 15 años trabajó como pediatra en los pueblos donde los talibanes conseguían tomar el control. “He vivido toda mi vida con los talibanes y nunca nadie ha tocado al personal médico”, aseguró, rechazando los que acusan al grupo extremista de obstaculizar las vacunaciones. Para él, todas las desgracias que afectan a su país se deben a la intervención de Estados Unidos. Los ataques a vacunadores han sido una constante en los últimos años, y la autoría de la mayoría se atribuye a grupos integristas vinculados a los talibanes.

En el hospital abundan las caras angustiadas, también de cansancio. Las camas se amontonan hasta en los pasillos, mientras médicos y enfermeros se abren paso para tratar de ofrecer respuestas a las familias sobre el estado de salud de sus hijos.

Como Rushana. Es la cuarta de ocho hermanos. Todos están bien de salud, excepto ella. El problema empezó hace un par de meses, con molestias en el estómago que le impedían co-

mer bien. Pero todo empeoró hace 12 días, cuando comenzó a sentirse más débil. “Lentamente el dolor se desplazó a la cabeza. Le dio fiebre, y también empezó a vomitar”, explica la madre, Nasiba, que no se separa de su lado. Ahora tiene dolor de cabeza, de estómago, dolor de riñón, y dolor en las piernas. Y todavía no saben con certeza qué enfermedad le causa todas estas molestias, aunque tienen sospechas. Desde la provincia de Paktia, donde residen –a unos 145 kilómetros al sur de Kabul–, han tomado un taxi directo y, tras acudir a otro hospital donde no les han podido atender, finalmente han llegado al Hospital ‘Indira Gandhi’.

Todavía no es un caso de poliomielitis confirmado; solo sospechoso, pero Nasiba ya lamenta no haberla vacunado completamente contra la poliomielitis. Aseguró que su hija recibió la vacuna oral, pero no completó la vacunación. Ninguno de sus hijos está del todo vacunado. “Mi marido no permitía la vacunación. ‘¿Por qué la necesitamos?’, decía”. Ahora, al preguntarle sobre la decisión, reconoce entre lágrimas que se arrepiente.

Los pequeños generalmente reciben la vacuna con el virus inactivado de la poliomielitis (IPV) a los cuatro y a los nueve meses de edad en un centro de salud, precisó el Dr. Shamsheer Ali Khan, jefe de Poliomielitis en UNICEF Afganistán, o bien reciben la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) al nacer y a las 6 semanas, 10 semanas y 14 semanas de edad. Si un niño no completa el calendario de vacunación, especialmente en un país donde la poliomielitis es endémica como Afganistán, es probable que se infecte, subrayó. Khan atribuyó la situación de la poliomielitis a un sistema de salud frágil con cobertura de inmunización de rutina débil, donde las instalaciones de salud están lejos y sin servicios de inmunización. Por eso las madres a menudo no regresan para completar el calendario de vacunación de sus hijos, reconoció.

Mientras no llega el diagnóstico definitivo, a Rushana le toca realizar distintas pruebas. La Dra. Fariba Amin, responsable provincial sobre la poliomielitis de la OMS, observa a la paciente al lado de la cama mientras detalla el proceso que siguen para confirmar –o no– los casos de poliomielitis. “La madre me dijo ayer que de repente la hija notó debilidad en las dos piernas. Hemos recogido una muestra de sus heces y dentro de 24 horas tomaremos la segunda muestra y las enviaremos al laboratorio. Nuestro laboratorio está en Islamabad, y nos dirá si es un caso de poliomielitis o si queda descartado”.

El proceso es largo. No será hasta dentro de dos semanas, como mínimo, cuando tengan los resultados. “Mis colegas que trabajan sobre el terreno la visitarán en su casa, y seguirán el caso durante los próximos dos meses”, detalló. Son los propios pacientes quienes deben adquirir la medicina, salvo algunas excepciones. “Algunas medicinas las han donado algunas ONG, pero otras las compran en el mercado, lo que puede resultar caro”. Y la situación económica, tras la retirada occidental de Afganistán y el bloqueo económico sobre los talibanes, ha dejado una situación económica todavía más deplorable.

Hasta cinco pacientes más de dengue murieron en 24 horas hasta la mañana del 6 de septiembre de 2022, aumentando el número de muertos en el año 2022 por la enfermedad transmitida por mosquitos a 31.

Durante este período, 284 personas más fueron hospitalizadas con la fiebre viral ya que los casos han seguido aumentando, según la Dirección General de Servicios de Salud (DGHS). Las últimas muertes se informaron en los distritos de Dhaka, Chattogram y Cox's Bazar.

Con las nuevas cifras, el número de muertos por dengue en Cox's Bazar se situó en 15 mientras que en Dhaka es de 13.

De los nuevos pacientes, 224 fueron admitidos en diferentes hospitales de Dhaka y 60 fuera de ellos, dijo la DGHS. Un total de 850 pacientes con dengue, incluidos 711 en la capital, ahora reciben tratamiento en hospitales de todo el país. El 21 de junio, la DGHS informó la primera muerte de la temporada por la enfermedad viral. Este año 2022, la dirección ha registrado 7.397 casos de dengue y 6.516 que se recuperaron hasta el momento.

El creciente número de casos y muertes por dengue en el país sugiere que se justifican más medidas para reducir la población de vectores para frenar la transmisión. El agua acumulada alrededor de los hogares después de la lluvia proporciona un caldo de cultivo ideal para los mosquitos. Los residentes deben eliminar proactivamente los criaderos de mosquitos dentro y alrededor de las viviendas. Las autoridades locales también necesitan usar insecticidas efectivos para matar mosquitos.

Puede consultar las pautas nacionales para el manejo clínico del síndrome del dengue en Bangladesh, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Un reciente [estudio](#) alertó de una mutación encontrada en el mosquito tigre (*Aedes albopictus*) que, en algunos países, está provocando la transmisión de los arbovirus exóticos del dengue y la fiebre chikungunya. Esta mutación podría hacer a estos insectos resistentes a los insecticidas autorizados en Europa.



De acuerdo con los resultados, se asocia la mutación V1016G a mosquitos tigre en España e Italia. Para llegar a esta conclusión, se recolectaron muestras en 69 lugares de 19 países europeos, encontrando la mutación en al menos 12 lugares de nueve países.

Esta mutación se concentró, concretamente, en lugares costeros del Mediterráneo de Italia, Francia y Malta. También se registró en España, Suiza, Bulgaria, Turquía, Georgia y Rumania. Las muestras se tomaron entre 2015 y 2020.

Para examinar las condiciones de los mosquitos, se extrajeron de sus patas y de algunos cadáveres muestras de ADN. Para ello se emplearon los métodos DNazol y CTAB.

Se encontró que, en las últimas décadas, los arbovirus transmitidos por mosquitos como el Chikungunya y el Dengue, han sufrido una gran expansión como consecuencia de la colonización de grandes regiones tropicales y templadas por especies invasoras de mosquitos tigre.

Aunque hay una presencia generalizada de la mutación del mosquito, sigue siendo en Italia donde tiene mayor presencia. Por eso, es necesario monitorizar la evolución de estos insectos y evitar la expansión de enfermedades transmitidas por mosquitos.

Además, en la mayoría de territorios tropicales y templados se observó un incremento de estos mosquitos, invadiendo casi todos los continentes, salvo la Antártida. La principal razón es que los huevos no pueden soportar las bajas temperaturas ni los territorios secos.



Filipinas registró 1.467 casos de leptospirosis durante los primeros ocho meses de este año, dijo el 5 de septiembre el Departamento de Salud.

El departamento informó que los datos del 1 de enero al 20 de agosto se traducen en un aumento de 15% de los 1.278 casos en el mismo período del año pasado.

Se informó un total de 205 muertes por leptospirosis en todo el país: 14 en enero; 11 en febrero; 23 en marzo; 32 en abril; 29 en mayo; 29 en junio; 53 en julio; y 14 en agosto.

La mayoría de los casos se reportaron en la Región de la Capital Nacional (279 casos; 19%), Lambak ng Cagayan (174 casos; 12%) y Kanlurang Kabisayaan (174 casos; 12%).

Del 24 de julio al 20 de agosto, se registraron alrededor de 106 casos, en la Región de la Capital Nacional (36 casos; 34%), Gitnang Luzon (12 casos; 11%) y Davao (10 casos; 9%).

El Departamento de Salud dijo que las regiones de Bicol, Kanlurang Kabisayaan, Silangang Kabisayaan y Davao superaron el umbral de alerta y epidemia en las últimas cuatro semanas.

Sin embargo, no se han observado un clúster de casos en todo el país.

Del 1 de mayo al 30 de noviembre de cada año, Salud Pública Francia coordina la vigilancia estacional intensificada de dengue, fiebre zika y fiebre chikungunya en los departamentos metropolitanos del país, en conjunto con las Agencias Regionales de Salud (ARS) correspondientes.

Entre el 1 de mayo y el 2 de septiembre de 2022, se identificaron en la Francia metropolitana:

- 139 casos importados de dengue; 133 fueron diagnosticados en departamentos con poblaciones documentadas de *Aedes albopictus*;
- 10 casos importados de fiebre chikungunya;
- 2 casos importados de fiebre zika;

Se han identificado varios episodios de transmisión autóctona de dengue:

- En la región de Occitanie:
 - En Perpignan (Pyrénées Orientales), un caso autóctono cuyos síntomas comenzaron a mediados de junio. No se han identificado más casos desde entonces.
 - En Andrest (Hautes Pyrénées), brote de dos casos cuyos síntomas comenzaron durante la primera quincena de agosto.
 - En Salvetat Saint Gilles, brote de dos casos cuyos síntomas comenzaron en la última quincena de agosto.
- En la región de Paca:
 - En Fayence (Var), brote de seis casos cuyos síntomas comenzaron entre fines de junio y fines de julio.
 - En St Jeannet (Alpes Maritimes), brote de cinco casos cuyos síntomas comenzaron entre el 7 y el 18 de agosto.

Para cada uno de los casos o brotes identificados, se han realizado o están en curso investigaciones epidemiológicas con el fin de identificar cualquier otro caso y delimitar con precisión la zona de transmisión. Los profesionales de la salud de los sectores involucrados han sido informados del diagnóstico y notificación de cualquier otro caso de dengue. El operador de control de mosquitos ha realizado o está realizando estudios entomológicos y acciones de control de mosquitos.

Ante la presencia del mosquito *Aedes albopictus*, en las próximas semanas podrían detectarse otros casos o focos de transmisión de dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika en Francia continental.

Salud Pública Francia informó sobre la circulación reciente y actual del virus Zika en Tailandia. De hecho, el sistema de seguimiento identificó *a posteriori* un caso de fiebre zika con daño fetal contraído en Tailandia a fines de 2021. La red internacional de medicina del viajero, Geosentinel, también identificó, en Europa e Israel, cinco casos de fiebre zika contraídos por viajeros a Tailandia entre el 16 de marzo y el 2 de junio. El virus Zika está potencialmente presente en toda la zona intertropical.

El Ministerio de Salud de Irak informó que en todo el país se han confirmado 299 casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, con 55 muertes asociadas, desde principios de año.

La semana previa, el ministerio había informado 289 casos y 52 muertes por la enfermedad.



Los funcionarios de salud manifestaron que la gobernación de Dhi Qar es la más afectada, con 130 casos y 31 muertes, destacando al mismo tiempo la necesidad de seguir medidas preventivas y de precaución para limitar la propagación de esta enfermedad en el país.

Además de la gobernación de Dhi Qar, también se han visto afectadas las gobernaciones de Maysan (32 casos y 3 muertes), Babil (24 casos y 2 muertes), Wasit (24 casos y 2 muertes), Al-Muthanna (19 casos y 6 muertes), Basora (11 casos y 1 muerte), Al-Diwaniyah (11 casos), Al-Karkh (10 casos y 2 muertes), Karbala (9 casos y 1 muerte), Al-Rusafa (7 casos y 2 muertes), Nineveh (6 casos), Erbil (3 casos y 1 muerte), Kirkuk (3 casos y 1 muerte), Al-Najaf (3 casos), Salah Al-Din (2 casos y 2 muertes), Diyala (2 casos y 1 muerte), Duhok (2 casos) y Al-Anbar (1 caso).

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) es una enfermedad muy extendida causada por un virus (Nairovirus) de la familia Bunyaviridae, transmitido por garrapatas. Causa graves brotes de fiebre hemorrágica viral, con una tasa de letalidad de 10-40%.

Es endémica en África, los Balcanes, Medio Oriente y Asia en los países situados por debajo de los 50° de latitud norte, que es el límite geográfico de la garrapata que constituye su vector principal.

Entre los anfitriones del virus figuran una amplia variedad de animales salvajes y domésticos como vacas, ovejas y cabras. Muchas aves son resistentes a la infección, pero los avestruces son vulnerables y pueden mostrar una alta prevalencia de la infección en las zonas endémicas, donde han sido identificados como el origen de casos humanos. Por ejemplo, un brote anterior se produjo en un matadero de avestruces en Sudáfrica. Estos animales no parecen sufrir la enfermedad.

Los animales se infectan por la picadura de garrapatas infectadas y el virus permanece en el torrente circulatorio durante aproximadamente una semana tras la infección, de modo que, cuando otra garrapata pica al animal, se perpetúa el ciclo garrapata-animal-garrapata. Aunque hay varios géneros de garrapata que pueden verse infectados por el virus, las del género *Hyalomma* constituyen los vectores principales.

El virus se transmite a las personas ya sea por la picadura de garrapatas o por contacto con la sangre o tejidos de animales infectados durante o inmediatamente después de la matanza. La mayoría de los casos se han dado en personas relacionadas con la industria ganadera, como trabajadores agrícolas, trabajadores de mataderos y veterinarios.

Puede haber transmisión entre seres humanos en casos de contacto estrecho con sangre, secreciones, órganos u otros líquidos corporales de personas infectadas. También se producen infecciones nosocomiales como consecuencia de la mala esterilización del equipo médico, la reutilización de agujas y la contaminación de los suministros médicos.

La duración del periodo de incubación depende del modo de contagio del virus. Después de la picadura de garrapata, la fase de incubación es generalmente de uno a tres días, con un máximo de nueve días. El periodo de incubación tras el contacto con sangre o tejidos infectados es normalmente de cinco o seis días, con un máximo documentado de 13 días.

Los síntomas comienzan de forma súbita, en forma de fiebre, mialgia (dolor muscular), mareo, dolor y rigidez de cuello, lumbalgia, cefalea, irritación de los ojos y fotofobia. Puede haber náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y dolor de garganta al principio, seguidos de bruscos cambios de humor y confusión. Al cabo de 2-4 días, la agitación puede dar paso a somnolencia, depresión y debilidad, y puede aparecer dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, con hepatomegalia detectable.

Otros signos clínicos posibles son taquicardia, adenopatías y erupción petequeal en mucosas internas, por ejemplo, en la boca y la garganta, y en la piel. Las petequias pueden dar paso a erupciones más grandes llamadas equimosis, así como a otros fenómenos hemorrágicos.

Normalmente hay signos de hepatitis, y los pacientes muy graves pueden sufrir un rápido deterioro renal, o insuficiencia hepática o pulmonar repentina después del quinto día de enfermedad.

La tasa de mortalidad es de aproximadamente 30%, y la muerte sobreviene durante la segunda semana. Entre los pacientes que se recuperan, la mejoría comienza generalmente al noveno o décimo día tras la aparición de la enfermedad.



El Ministerio de Salud de Uganda declaró los focos de Budongo (distritos de Masindi, Hoima y Buliisa) y Bwindi (distritos de Kisoro, Rubanda y Kanungu) como libres de transmisión de oncocercosis y reclasificado la última zona endémica, el foco de Lhubiriha (distrito de Kasese), como sospechosa de interrupción de la transmisión.

La 15ª reunión del Comité Asesor de Expertos en la Eliminación de la Oncocercosis de Uganda (UOEEAC) del Ministerio de Salud, celebrada del 3 al 5 de agosto de 2022, concluyó que dos focos más de oncocercosis han cumplido los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la eliminación de la transmisión después de tres años de vigilancia activa sin detectar infecciones, luego de suspender el tratamiento masivo con ivermectina.

Los dos focos son Budongo (distritos de Buliisa, Hoima y Masindi) con 192.922 personas, y Bwindi (distritos de Kisoro, Rubanda y Kanungu) con 148.862 personas.

Budongo y Bwindi se unen a los 11 focos que previamente eliminaron la transmisión de la enfermedad en Uganda. Esos focos y sus respectivos distritos incluyen: Itwara (Kyenjojo y Kabarole); Elgon (Mbale, Sironko, Manafwa, Namisindwa y Bududa); Mpamba-Nkusi (Kagadi); Wambabya-Rwamarongo (Hoima y Kikuube); Kashoya-Kitomi (Kitagwenda, Rubirizi, Buhweju e Ibanda); Imaramagambo (Bushenyi y Mitooma); Obongi (Obongi); Wadelai (Pakwach), West Nile (Koboko y Yumbe), Nyamugasani (Kasese) y Victoria Nile (Jinja, Mukono, Kamuli, Mayuge y Kayunga). A partir de agosto de 2022, se estima que 5.258.881 personas ya no corren el riesgo de contraer oncocercosis, incluidas 2.965.067 que viven en el foco de Victoria Nile.

Además de los 14 focos en los que la eliminación ha sido confirmada o provisionalmente confirmada, el foco Nyagak-Bondo (Nebbi, Arua, Zombo y Madi-Okollo) logró la interrupción de la transmisión de la oncocercosis y detuvo las intervenciones en 2019 y cumple tres años de post vigilancia del tratamiento según las directrices de la OMS. En total, se logró la interrupción y eliminación de la transmisión de la oncocercosis en 15 de los 17 focos, y 5.906.076 ugandeses que viven en estos distritos ya no corren el riesgo de contraer la enfermedad.

El comité también reclasificó provisionalmente el foco Maracha-Terego (distritos de Maracha y Terego) como transmisión eliminada en espera de investigaciones confirmatorias. Si se respalda por completo, 225.087 personas adicionales serán declaradas libres de la oncocercosis. El gobierno de Uganda lanzó la política nacional de eliminación de la enfermedad en 2007 con control vectorial complementario y tratamiento masivo dos veces al año de las comunidades afectadas con ivermectina (Mectizan®, donado por Merck & Co., Inc.) como parte de las intervenciones.

El foco de Lhubiriha (distrito de Kasese), con una población de 149.225 habitantes, fue reclasificado de transmisión en curso a presunta interrupción de la transmisión después de 34 rondas de tratamiento eficaz desde 1997 y casi eliminación del vector, la mosca negra. Las intervenciones continuarán en Lhubiriha hasta que se cumplan los criterios para suspender el tratamiento. También continúan en el foco Madi-Mid North (distritos de Pader, Lamwo, Kitgum, Gulu, Omoro, Amuru, Nwoya, Oyam, Lira, Adjumani y Moyo), con una población total de aproximadamente 1.598.315 personas que también se clasifica como “sospecha de interrupción de la transmisión”.

La oncocercosis es un problema de salud pública devastador que anteriormente afectaba a unos 4,9 millones de personas en 43 distritos de Uganda, excluyendo los distritos en el foco de Victoria Nile, que lograron la eliminación a principios de la década de 1970. La enfermedad es transmitida por moscas negras que se reproducen en ríos de corriente rápida. Provoca enfermedades oculares y cutáneas graves que pueden provocar ceguera. Un foco de transmisión de la oncocercosis es un área geográfica con la misma fuente de transmisión, que puede ser una pequeña porción de un distrito o uno o más distritos.

El Gobierno de Uganda, en cooperación con los países vecinos de República Democrática del Congo y Sudán del Sur, continúa promoviendo actividades transfronterizas contra la oncocercosis. El Ministerio de Salud, en colaboración con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Oficina del Primer Ministro y los distritos de acogida, comenzó en octubre el tratamiento masivo de refugiados de áreas endémicas asentados en Palabek (Lamwo) y Palorinya (Obongi) en octubre de 2021 y hay planes en marcha para escalar a otros asentamientos.

Prevención...



Egipto (Agosto 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.