

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de fiebre chikungunya
- Buenos Aires: Preocupación ante el aumento de casos de bronquiolitis

AMÉRICA

- Brasil: Después de tres años sin casos, São Paulo registra cuatro casos de fiebre amarilla, con dos muertes
- Chile: Declaran alerta sanitaria por contaminación en Quintero-Puchuncaví

- Chile: Incremento en los ingresos hospitalarios por enfermedades respiratorias

- Estados Unidos/México: Solicitan a la OMS que declare la emergencia por el brote de meningitis micótica

EL MUNDO

- Afganistán: Diez casos y dos muertes por fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Balkh
- España: Se reduce casi a la mitad la tasa de infecciones de VIH no diagnosticadas

- España: los parques públicos y areneros son una importante fuente de infección por parásitos

- Etiopia: Brote de dengue en los distritos de Logia y Mille

- Letonia: El 23% de las garrapatas son portadoras de borrelias que causan la enfermedad de Lyme

- Lituania: Siete personas fallecieron por legionelosis en Kaunas

- República Democrática del Congo: Declaran epidemia de úlcera de Buruli en Sud-Ubangi, tras registrarse unos 450 casos

- Vietnam: Reportan seis casos de botulismo alimentario en la ciudad de Thủ Đức

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores



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.

Argentina

**BOLETIN
EPIDEMIOLÓGICO
NACIONAL**

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DE FIEBRE CHIKUNGUNYA

26/05/2023

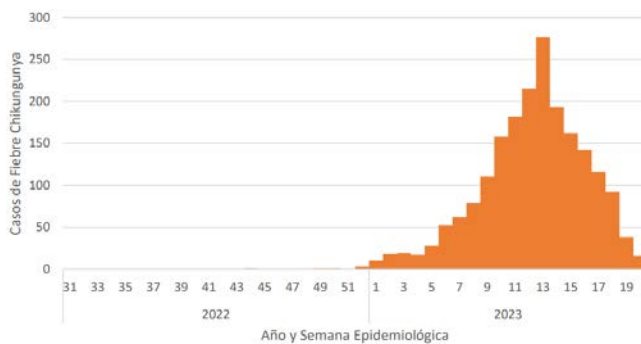
En el período comprendido entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2022 y la SE 20 de 2023, se registraron en Argentina 1.993 casos de fiebre chikungunya, de los cuales 1.336 son autóctonos, 340 se encuentran en investigación y 317 presentan antecedentes de viaje (importados).

Hasta el momento, ocho jurisdicciones han reportado circulación viral autóctona de fiebre chikungunya en su territorio: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y las provincias de Buenos Aires, (Pergamino, Quilmes, Almirante Brown, San Martín, Berazategui, La Matanza, Tres de Febrero, Merlo, Avellaneda, Florencio Varela, Morón, Esteban Echeverría, Lomas de Zamora, Moreno, Vicente López, José Clemente Paz, Ezeiza, Lanús y General Rodríguez), Córdoba (ciudad de Córdoba, Morteros y La Calera), Chaco (Resistencia), Corrientes (ciudad de Corrientes, Paso de la Patria y San Luis del Palmar), Formosa (ciudad de Formosa, Tres Lagunas y Las Lomitas), Salta (El Galpón) y Santa Fe (ciudad de Santa Fe y Rosario).

| Provincia/Región | Casos autóctonos | Casos en investigación | Casos importados | Total de casos | Casos sospechosos investigados |
|---------------------------------|------------------|------------------------|------------------|----------------|--------------------------------|
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 95 | 2 | 65 | 162 | 595 |
| Buenos Aires | 463 | 65 | 119 | 647 | 4.047 |
| Córdoba | 162 | 16 | 9 | 187 | 2.128 |
| Entre Ríos | – | 1 | – | 1 | 30 |
| Santa Fe | 110 | 23 | 6 | 139 | 1.416 |
| Centro | 830 | 107 | 199 | 1.136 | 8.216 |
| Mendoza | – | 1 | 2 | 3 | 14 |
| San Juan | – | – | – | – | 1 |
| San Luis | – | – | 1 | 1 | 20 |
| Cuyo | – | 1 | 3 | 4 | 35 |
| Chaco | 31 | 11 | 8 | 50 | 432 |
| Corrientes | 77 | 7 | 12 | 96 | 192 |
| Formosa | 228 | 112 | 54 | 394 | 1.170 |
| Misiones | 154 | 97 | 39 | 290 | 582 |
| Noreste Argentino | 490 | 227 | 113 | 830 | 2.376 |
| Catamarca | – | – | – | – | 3 |
| Jujuy | – | 1 | – | 1 | 258 |
| La Rioja | – | – | – | – | 28 |
| Salta | 16 | 2 | – | 18 | 156 |
| Santiago del Estero | – | 2 | – | 2 | 13 |
| Tucumán | – | – | – | – | 42 |
| Noroeste Argentino | 16 | 5 | – | 21 | 500 |
| Chubut | – | – | – | – | 1 |
| La Pampa | – | – | – | – | 4 |
| Neuquén | – | – | 1 | 1 | 3 |
| Río Negro | – | – | – | – | 1 |
| Santa Cruz | – | – | 1 | 1 | 7 |
| Tierra del Fuego | – | – | – | – | – |
| Sur | – | – | 2 | 2 | 16 |
| Total Argentina | 1.336 | 340 | 317 | 1.993 | 11.143 |

Casos de fiebre chikungunya notificados según clasificación y antecedente de viaje. Argentina. Semanas epidemiológicas 31 de 2022 a 20 de 2023. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Asimismo, se notificaron 154 casos sin antecedente de viaje y 97 en los que no se consignaron los antecedentes de viajes en residentes de la provincia de Misiones que se encuentran en investigación por parte de la jurisdicción, a los que se suman un caso en Entre Ríos, dos casos en Santiago del Estero, un caso en Mendoza, y un caso en Jujuy, también en investigación. Por último, 12 jurisdicciones notificaron casos importados.



Casos notificados. Argentina. Semanas epidemiológicas 31 de 2022 a 20 de 2023. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

La SE 20 es la séptima consecutiva en que se registran menos casos que en el pico de casos de la SE 13.

El 4 de abril se notificó el primer caso en Argentina de transmisión vertical del virus Chikungunya, en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. A la fecha, la niña se encuentra con buena evolución.

En Argentina, la vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada en el marco de la vigilancia del síndrome febril agudo inespecífico y de los casos que cumplen con definiciones específicas para cada una de las arbovirosis; la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS²⁻⁰). La vigilancia integrada de arbovirosis incluye el estudio de dengue, fiebre zika, fiebre chikungunya, fiebre amarilla, encefalitis de Saint Louis y fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; asimismo, la vigilancia del síndrome febril agudo inespecífico integra patologías como hantavirus, leptospirosis y malaria, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos.

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de la fiebre chikungunya y otros arbovirus se realiza por “temporada”, entendiéndose por tal un período de 52 semanas desde la SE 31 a la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

Esta semana, las autoridades de Salud bonaerenses calificaron el actual brote de bronquiolitis como el peor del que se tenga registro. Los datos hasta ahora registrados y publicados no han respaldado esa afirmación. Y la realidad es un poco más compleja que una frase.

Eso no significa que la epidemia en curso este año no pueda llegar a ser la peor de todas. Pero por el momento los infectólogos prefirieron ser cautos y esperar a que los números hablen.



La guardia del Hospital de Niños de San Justo, el pasado 23 de mayo.

El 26 de mayo, el Gobierno actualizó las cifras epidemiológicas correspondientes a la semana epidemiológica 20 y éstas no dan cuenta de un récord. Los antecedentes de otras temporadas de bronquiolitis le llevan todavía a la presente cierta ventaja.

La pregunta es por qué ha sobrevenido la prisa por sentenciar prematuramente lo que se describe públicamente como la cota más alta de bronquiolitis de la historia.

Una respuesta posible tal vez se vincule con las declaraciones de este 25 de mayo de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), que planteó un déficit de recursos sanitarios para contener el brote, que se traduce en falta de pediatras y, por lo tanto, de una menor capacidad de respuesta en las guardias pediátricas. Es decir que el desborde tendría más que ver con un empobrecimiento de la atención que con una explosión sin precedentes de los contagios.

Según la alerta de la SAP –mientras aún se desconoce la dimensión real de esta epidemia de bronquiolitis–, existe la certeza de que en los últimos años la capacidad del país de hacerle frente a estos brotes anuales y previsibles se ha resentido. Se habla de sueldos bajos y guardias eternas, lo que provoca tensiones en hospitales y clínicas.

El ministro de Salud bonaerense, Nicolás Kreplak, esgrimió un récord de casos luego de conocerse la crisis en el Hospital del Niño de San Justo, sólo un ejemplo del deterioro. En ese contexto, el funcionario pidió a la población que no acuda a las guardias de no ser necesario. Un criterio, el de la necesidad, difícil de arrojarse para el común de las familias sin conocimientos médicos.

“Esto se veía venir” es un textual que se escucha hoy entre los médicos que tienen la responsabilidad de cuidar a los más chicos y viven el día a día del declive sanitario. Y aportan otro dato que también explica el escenario crítico: “El 61% de los casos de bronquiolitis atendidos durante el brote en el sistema público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires provienen de la provincia de Buenos Aires”.

El hecho de plantear oficialmente desde el ámbito gubernamental un panorama epidemiológico excepcional parece un recurso para que la situación que se vive hoy en los centros de salud se asuma socialmente como verosímil e inevitable. Y relativizar de alguna manera la

responsabilidad del Estado por no poder contener en tiempo y forma la demanda de pacientes.

Los datos

Ni en el Boletín Epidemiológico Nacional, ni los respectivos boletines de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y de la provincia de Buenos Aires ha quedado reflejado hasta la última semana medida e informada que ésta sea la peor epidemia de bronquiolititis jamás atravesada.

A nivel nacional, las cifras provisionales dan cuenta de un mayor registro de casos por habitantes que el ocurrido durante los años más críticos de la pandemia (2020 y 2021). Pero la incidencia de bronquiolititis en 2023 viene ubicándose por debajo de lo ocurrido el resto de la década.

Concretamente, la incidencia arrojaba, hasta el momento, 2.358 casos cada 100.000 habitantes, mientras que para el mismo periodo de 2022 había sido de 3.346,7. El récord lo sigue teniendo 2015, con 5.075,5 cada 100.000 habitantes, más del doble que la actual.

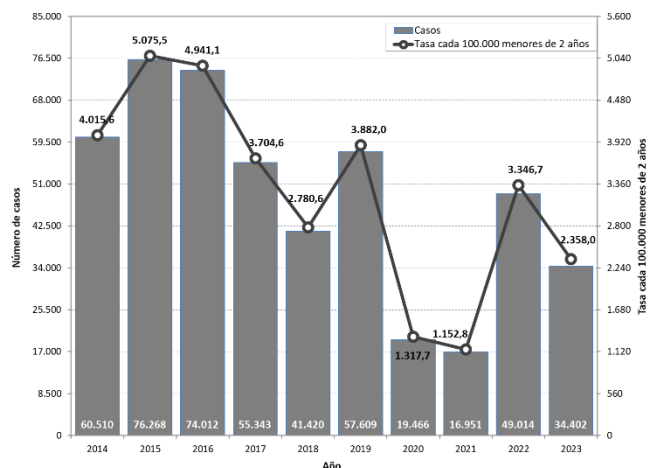
Sí es cierto que durante la última semana hubo una mayor aceleración en el crecimiento de la curva. Pero en números absolutos la cifra total acumulada es de 34.402 casos de bronquiolititis, mientras en 2022 a esta altura la cuenta sumaba 49.014 y en 2015, 76.268.

“Si se toma el número total de notificaciones de bronquiolititis del conjunto de establecimientos notificadores, no se verifica todavía en el presente año un aumento respecto a años previos”, dice el boletín del Ministerio de Salud y agrega: “Puede esto deberse al retraso en la notificación de estos establecimientos”.

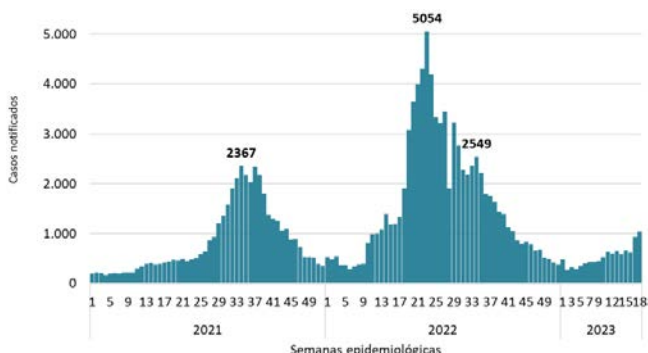
Un dato eventualmente compatible con un potencial récord podría ser el de la detección en laboratorio del virus sincicial respiratorio (VSR), causante de 80% de los casos de bronquiolititis. Se afirma que las muestras positivas analizadas mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) aumentaron 56% con respecto a 2019, el año que hasta ahora conservaba esa supremacía. Pero no informan números absolutos.

El infectólogo Eduardo López advirtió que, de todos modos, “esta última serie comparativa que analiza exclusivamente el VSR va desde 2017 hasta 2023 y deja afuera 2015 y 2016, que fueron los peores años de bronquiolititis”. Por eso, consideró que “decir otra cosa hoy sería muy apresurado”.

Y agregó otro dato: “En 2015 y 2016 no existía aún la técnica de detección por PCR, que aumentó la sensibilidad aproximadamente un 30% con respecto al método que se utilizaba antes, la inmunofluorescencia”. Es decir, en suma, que la herramienta contribuye a revelar un registro mayor, lo que no significa que la cantidad de casos sea efectivamente superior.



Casos de bronquiolititis en menores de 2 años y tasa de notificación. Argentina. Años 2014/2023, hasta semana epidemiológica 19. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos de bronquiolititis en menores de 2 años. Argentina. Semana epidemiológica 1 de 2021 a 18 de 2023. Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Otro dato llamativo es que por primera vez se retiró del informe oficial un cuadro clave denominado “Corredor endémico semanal”, que hasta ahora venía ubicando la curva de bronquiolitis dentro de la zona denominada de “éxito” y lejos de las áreas más problemáticas llamadas de “seguridad”, “alerta” o “brote”.

Por otra parte, si bien en el último boletín bonaerense se había advertido sobre un incremento más acelerado de los casos de bronquiolitis durante las últimas cuatro semanas mensuradas, no se explicitó que ese volumen se tratara de una marca nunca antes registrada.

Al contrario, para el tiempo transcurrido de 2023 la curva en el distrito también aparece por debajo de la de 2022, el verdadero primer año en que los niños volvieron a quedar expuestos al VSR tras dos años de aislamiento por la pandemia de covid.

No se descarta que los datos oficiales en las próximas semanas –con los reportes de todos los centros de salud consolidados– finalmente muestren una alteración epidemiológica fuera de serie, pero hasta entonces la alarma gubernamental comunicada por radio tiende a quedar circunscripta a las palabras.

g1

BRASIL

DESPUÉS DE TRES AÑOS SIN CASOS,
SÃO PAULO REGISTRA CUATRO CASOS DE
FIEBRE AMARILLA, CON DOS MUERTES

29/05/2023

Después de tres años sin registrar casos de fiebre amarilla, el estado de São Paulo confirmó cuatro casos en 2023, con dos muertes.

- El primer caso ocurrió en Vargem Grande do Sul, en enero: un residente de la zona rural, de 73 años, fue hospitalizado y actualmente se está recuperando.
- El segundo caso se registró en el municipio de São Sebastião da Gramma, en febrero: un vecino de Monte Santo de Minas (estado de Minas Gerais) fue hospitalizado en la ciudad y falleció. La muerte se registró en el estado de São Paulo.
- El tercer caso también se registró en São Sebastião da Gramma, en febrero: un residente de Mococa, que se encuentra en recuperación. La Secretaría de Salud del Estado no informó si los dos casos en el municipio están relacionados.
- El cuarto caso ocurrió en abril en São João da Boa Vista: un hombre de 44 años, residente en el área urbana, pero que había estado en el área rural días antes de presentar los síntomas, falleció a causa de la enfermedad.



Tres años sin casos

Según la Secretaría de Estado de Salud, el estado de São Paulo no registraba casos de fiebre amarilla desde 2020.

Desde el primer caso en la región, se han realizado acciones de vacunación en los municipios con casos y en los vecinos, especialmente en el área rural.

La vacunación contra la fiebre amarilla forma parte del calendario de vacunación y está disponible en todos los puestos de salud del estado. La primera dosis de la vacuna debe administrarse a los 9 meses de edad y la segunda a los 4 años. A partir de los 5 años, para quienes no tengan la vacuna al día, se recomienda una dosis única.

Este año, en los primeros tres meses, la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla es de 82%, según el Estado. En 2022, la cobertura de vacunación fue de 64,4%.

Educadores, activistas y víctimas piden una mirada “más social” y “menos económica” para resolver el problema de la grave contaminación en la bahía de Quintero-Puchuncaví, conocida como “el Chernobyl chileno”, que esta semana volvió a intoxicar a un centenar de personas, obligó a cerrar los colegios y a cesar la actividad.

Un enésimo “pico de polución” puso en marcha el protocolo de [alerta sanitaria](#) en esta bahía del Pacífico en la que desde hace décadas se concentran una veintena de empresas termoeléctricas, petroleras y plantas químicas altamente contaminantes, y que está considerada la “zona cero” de la contaminación industrial en Latinoamérica.

El 23 de mayo, cerca de un centenar de estudiantes debieron ser atendidos aquejados de dolores de cabeza y vómitos. La noche antes la Secretaría Regional Ministerial de Salud de Valparaíso ya había decretado una alerta ambiental por excesiva concentración de hidrocarburos no metálicos en suspensión en el aire en las localidades de Concón, Quintero y Puchuncaví.

“Es una situación sostenida y sistemática que viene de muchos años, pero particularmente detectada el año pasado. Y, curiosamente, los casos solían tener una mayor fuerza o frecuencia en julio, al inicio del invierno. Pero este año partió en marzo, iniciado el año escolar”, explicó Guillermo Trejo, director de una de las escuelas afectadas.

“Es difícil poder determinar si corresponde a un mayor índice de agente contaminante. O a una mayor conciencia respecto al hecho o a la capacidad que tenemos ahora de medir por los dispositivos entregados por el Gobierno”, añadió.

Mirada social

Para Trejo, gran parte del problema procede de que “el malestar ha pasado a ser parte de la vida cotidiana y eso dificulta poder tener datos concretos y duros de cuál es el nivel de impacto que estamos teniendo a nivel comunal”.

Opinó que “el Gobierno ha dado pasos importantes en procesos de medición, pero se necesita tanto medir como legislar”.

“La bahía también representa una fuente de economía importante, no tan solo para la localidad, sino para la región y el país. Por lo tanto, las medidas que se están tomando tienen que ver también con la mirada económica. Pero por primera vez hemos visto que se está marcando una tendencia hacia la mirada social de lo que está pasando con nuestros niños, con nuestras familias”, subrayó.

Reflexionó que “resulta complejo poder establecer un equilibrio y legislar en contra de aquello que nos está contaminando, entre la mirada social de lo que está pasando y la mirada industrial y el desarrollo del foco económico”.

Meses atrás, el presidente chileno, Gabriel Boric Font, volvió a criticar las llamadas “zonas de sacrificio” industrial existentes en Chile, con Quintero-Puchuncaví a la cabeza, e insistió en su voluntad de combatir algo que dijo avergonzarle.

Algunos pasos se han dado, como el cierre definitivo el próximo 31 de mayo de la Fundición Ventanas, propiedad de la estatal Corporación Nacional del Cobre (CODELCO), la mayor cuprífera del mundo, responsable de anteriores episodios de contaminación.

A la larga se van a morir

Para Jorge Cerda, vicepresidente de la ONG Red Infancia Chile, en esta mirada social debe incluirse la “vulneración del derecho” de los niños que viven en estas áreas a crecer y educarse en un ambiente libre de contaminación.

“Esto en el futuro puede traer una grave lesión. Incluso la muerte. Y nadie se lo dice así a la gente. Dicen ‘esto va a pasar’, porque ya están acostumbrados a vivir aquí, en esa contaminación. Pero a la larga, se van a morir. ¿Y quién va a ser responsable? ¿La municipalidad, el Estado o las empresas? Siempre callan a la gente con dinero”, denunció.

Los hijos de José, vecino de Quintero, son uno de los muchos ejemplos de las enfermedades respiratorias cronificadas que denuncia la citada ONG.

Ambos adolescentes son asmáticos, y en el caso de la hija, tuvo que estar dos meses ingresada en riesgo vital en la lejana Viña del Mar. Al hijo, ya le han detectado un fuerte deterioro en uno de los pulmones.

“Si no se trata a tiempo va a terminar usando un tubo de oxígeno”, lamentó antes de poner sobre la mesa otra de las grandes deficiencias de esta “zona de sacrificio” obrera entregada a la industria: la falta de hospitales y médicos especialistas en enfermedades respiratorias.

Patricio Vergara, otro de los vecinos, también cree que, pese a las promesas, poco se ha avanzado, y que episodios contaminantes seguirán repitiéndose.

Aunque se hagan mediciones “es difícil saber quién fue, no podemos echarle la culpa a cualquiera. Es algo que nosotros vivimos a diario, de forma silenciosa y lo que queremos es una solución”, concluyó.

Desde hace más de diez años, se registran serios episodios de contaminación e intoxicación con gases y partículas en el aire y los suelos en Quintero-Puchancaví, además de derrames de hidrocarburos en la bahía.

La Fundición Ventanas fundía menos de 10% del total del cobre que se funde en Chile cada año. Se requiere construir en otro lugar una mucho más grande, económicamente viable y con una tecnología que capture alrededor de 99,8% del anhídrido sulfuroso, un gas altamente tóxico que se genera al fundir el concentrado de cobre. Las fundiciones más avanzadas del mundo capturarán prácticamente todo el azufre: emiten solo 0,1 o 0,2%. En cambio, Ventanas emite entre 3 y 5%.

Un estudio del Instituto Milenio Fundamentos de los Datos (IMFD) mostró que los vecinos tampoco se han beneficiado económicamente: una vez instaladas las empresas, los niveles de empleo del entorno no experimentaron muchos cambios, porque quienes viven allí no tienen las capacidades requeridas para ese tipo de industria y el personal contratado vive en áreas más alejadas.

Además, la contaminación afectó la agricultura y la pesca. Los productos del mar tenían altas concentraciones de materias contaminantes. La autoridad, preocupada por la salud de las personas, no se ocupó de las industrias, sino que prohibió el cultivo de productos del mar a los pescadores.

Las autoridades sanitarias de Chile miran con atención el alza sostenida de ingresos hospitalarios por enfermedades causadas por virus respiratorios, en especial el [virus sincicial respiratorio \(VSR\)](#) y la influenza, que impactan con fuerza a los niños. Los médicos de las unidades de cuidados intensivos de algunas regiones del país advirtieron que la situación es crítica y que es necesario tomar medidas para evitar la propagación de los patógenos.



Una niña recibe una vacuna, en Santiago, Chile.

El Ministerio de Salud reconoció que el panorama hospitalario es complejo y afirmó que el sistema se está preparando ante un adelanto de la temporada invernal de enfermedades, que habitualmente se concentraba en los meses de junio y julio; sin embargo, evitó tomar medidas radicales como las tomadas el año pasado, cuando decidió modificar el calendario escolar y adelantar las vacaciones de invierno para los niños y adolescentes.

Frente a esta crisis, el Gobierno de Gabriel Boric Font llamó a la ciudadanía a extremar los cuidados, en particular con la población infantil, que es la más vulnerable frente a este tipo de infecciones. El llamado se centró en [la vacunación contra la influenza](#), que se aplica de manera gratuita a la población más frágil frente a la enfermedad.

Aumento de virus respiratorios

[El fin de la fase aguda de la pandemia de covid](#) provocó un cambio en la situación epidemiológica de Chile, que durante más de dos años tuvo su sistema hospitalario tensionado por las infecciones por el SARS-CoV-2. Los virus típicos invernales como el VSR y la influenza resurgieron tras el fin de los confinamientos, perjudicando especialmente a los menores de edad.

El Instituto de Salud Pública (ISP), organismo encargado de la supervisión de la sanidad en el país, detalló que, de 2.296 casos positivos de enfermedades respiratorias detectados durante esta semana, 46% corresponde al VSR. El grupo de edad más afectado con esta dolencia es el de los niños de 1 a 4 años. Más atrás en frecuencia aparece la influenza A, que abarca 30% de los pacientes infectados. La covid –que hace dos años era predominante– apenas alcanza el 0,8% de las muestras analizadas en los últimos días.

En lo que va de la temporada, la infección predominante es la influenza A (26,6% de casos detectados), seguida del VSR (25,6%), adenovirus (18,0%), covid (12,8%), parainfluenza (10,7%), influenza B (3,2%) y metapneumovirus (3,2%). En la comparativa con el año 2022, el número de casos de este tipo de patologías se incrementó en 100%, de acuerdo a cifras oficiales reportadas por el Ministerio de Salud.

El último informe sanitario señaló que actualmente hay 1.603 personas hospitalizadas en Chile, de las cuales 738 dieron positivo para algún virus respiratorio. La incidencia de este tipo de infecciones creció en 52,2% durante la última semana.

El aumento en los contagios ha tensionado especialmente el funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos (UCI) pediátricas, las que llegaron a 91% a nivel nacional. La cifra de niños internados creció de manera brusca, ya que la semana pasada alcanzaba el 83% y hace dos semanas era de 76%.

La alta demanda por atención médica es variable según la región del país. En la actualidad, una de las zonas más afectadas es Biobío, donde la ocupación de camas bordea el 100%. El Colegio Médico de Biobío, entidad gremial que reúne a los facultativos a nivel regional, pidió al Gobierno que tome medidas para frenar la propagación de los virus entre los menores, sugiriendo el adelanto de las vacaciones de invierno.

Campaña de vacunación

La administración del presidente Boric anunció una inversión de alrededor de 45 millones de dólares para reforzar las estrategias de atención pediátrica por enfermedades respiratorias. Sin embargo, las autoridades también se han enfocado en fomentar la vacunación.

La inoculación contra la influenza se aplica de manera gratuita a un grupo específico de la población chilena: mujeres embarazadas; personas de 65 y más años; enfermos crónicos de entre 11 y 64 años; niños desde los 6 meses de edad hasta quienes cursan el 5° año de enseñanza básica o primaria (independiente de la edad); trabajadores de hogares de adulto mayor; trabajadores de la educación; y trabajadores de plantas criadoras de pollos. Quienes están fuera de esta clasificación deben comprar su dosis en una farmacia y colocársela en el sistema privado de salud.

En paralelo se extendió la [vacunación gratuita con la fórmula bivalente contra la covid](#), que contempla la protección contra la cepa original de Wuhan y [las subvariantes de Omicron](#). Todos los chilenos mayores de 12 años pueden acceder a esta inmunización.

[El VSR no tiene una vacuna aprobada en Chile](#). Por lo mismo, las autoridades recomiendan que tanto los niños como sus cuidadores se vacunen contra las otras enfermedades respiratorias para evitar la coexistencia simultánea de los virus.

Funcionamiento de las escuelas

Los gremios médicos pidieron al Gobierno que se modifique el calendario del sistema escolar chileno, adelantando las vacaciones de invierno. La idea, de acuerdo a los especialistas, es que los niños y adolescentes permanezcan en sus casas y eviten el contacto con otras personas para disminuir la circulación viral.

El Ministerio de Educación, en coordinación con la cartera de Salud, descartó cambiar la fecha establecida para el receso, por lo que la planificación se mantendrá sin alteraciones. De esta forma, la pausa de actividades en los colegios se extenderá entre el 3 y el 14 de julio en gran parte de Chile, mientras que en las regiones de Aysén y Magallanes (en el extremo sur del país) se ampliará del 3 al 21 de julio.

Las infecciones virales respiratorias diferentes de la covid recobran sus condiciones endémicas, afectando principalmente –al igual que el otro virus citado– a las poblaciones vulnerables. No necesariamente se trataría de una mayor virulencia de los virus involucrados; probablemente, la no exposición a los agentes mencionados en el reporte durante los periodos de aislamiento establecidos durante la pandemia, limitó la diseminación de los mismos, reduciendo las posibilidades de montar una respuesta inmune significativa. Por otro lado, la pandemia afectó grandemente a los servicios de salud, limitando severamente las coberturas de inmunización en muchos países; y Chile no fue la excepción. Es urgente mejorar las coberturas de vacunación, a la vez que intensificar las campañas informativas para la población, en especial a los padres con hijos en edad escolar.



Las autoridades de Estados Unidos y México solicitaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que declare una emergencia de salud pública de interés internacional por un brote de meningitis micótica, dijo el 26 de mayo un funcionario de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. La solicitud se produce después de que cientos de pacientes de varios países y 24 estados de Estados Unidos concurrieran a dos instalaciones en México para realizarse operaciones cosméticas que pueden haberlos expuesto al hongo *Fusarium solani*.

Los CDC actualmente están monitoreando la condición de 195 personas en Estados Unidos que se sometieron a cirugías con anestesia epidural en el Centro Quirúrgico River Side y la Clínica K-3 en México, actualmente clausurados.

Catorce son “sospechosos” y 11 son casos “probables” de meningitis micótica, según sus síntomas o los resultados de las pruebas. Dos de estos pacientes han muerto. Se han descartado seis casos potenciales desde la última actualización de los CDC el 24 de mayo.

La mayoría reportó dolores de cabeza antes de que sus infecciones empeoraran, progresando a síntomas como fiebre, vómitos, dolor de cuello y visión borrosa. La meningitis puede convertirse rápidamente en una amenaza para la vida una vez que comienzan los síntomas, advirtieron los CDC.

Los resultados de las pruebas recientes de las autoridades en México han despertado la preocupación de que se repita otro brote mortal que se vinculó con cirugías en otras partes de México a principios de este año. En ese brote, casi la mitad de todos los pacientes diagnosticados con meningitis murieron.

Un comité de la OMS tendría que ser convocado primero antes de que el director general de la agencia declare una emergencia internacional. Si bien los países deben notificar a la OMS sobre todas las emergencias potenciales, no todos terminan llegando a esa etapa.

“Nos notifican cientos de eventos todos los días y evaluamos cada uno”, dijo la portavoz de la OMS, Margaret Ann Haris, quien se negó a confirmar si se había producido tal notificación desde Estados Unidos y dijo que las comunicaciones con los estados miembros son confidenciales.

Las autoridades instaron a los estadounidenses que se sometieron a cirugías con anestesia epidural en cualquiera de estas clínicas desde enero a ir de inmediato a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia, incluso si actualmente no creen que tengan síntomas.

Personas de 24 estados estuvieron potencialmente expuestas durante cirugías en una de las dos clínicas, según una lista proporcionada por las autoridades mexicanas a los CDC. La gran mayoría, 178, son residentes de Texas.

La mayoría de los pacientes con síntomas han sido mujeres hasta el momento, aunque también se ha identificado un probable caso masculino con síntomas de meningitis.

Uno de los dos pacientes que murió también era donante de órganos, con cinco receptores diferentes en todo el país a principios de este año que podrían estar en riesgo.

“Todos han sido notificados y están bajo evaluación, y estábamos trabajando con centros de trasplante y otros socios para manejar adecuadamente a estos pacientes a quienes se les trasplantaron estos órganos”, dijo Dallas Smith, de los CDC, en un [seminario web](#) organizado por el Mycoses Study Group.

El consorcio ha estado trabajando con los CDC en la [orientación para los médicos](#) que tratan a pacientes que pueden haber sido infectados por los procedimientos.

“Debido a que los pacientes en México, Estados Unidos, Canadá y Colombia estaban en la lista publicada, queríamos asegurarnos de que estos países estuvieran al tanto y proporcionaran tal conocimiento de la situación a través de una emergencia de salud pública de importancia internacional”, dijo Smith.

“Preocupación por una alta tasa de mortalidad”

Los investigadores ahora creen que las dos instalaciones, ubicadas cerca de la frontera entre México y Texas, habían atraído a pacientes de todo el continente americano para procedimientos quirúrgicos.

“Existen agentes que actúan como reclutadores de pacientes en Estados Unidos, vinculan a los pacientes estadounidenses con estas clínicas para recibir cierta atención y ciertos procedimientos, como los procedimientos cosméticos”, dijo Smith.

A partir de entrevistas en profundidad con un puñado de pacientes, los funcionarios creen que muchos buscaron operaciones como la liposucción, el aumento de senos o el levantamiento de glúteos brasileño.

Las autoridades aún no han confirmado la causa del brote. Los resultados de los pacientes estadounidenses hasta ahora no han sido concluyentes para rastrear el hongo.

Sin embargo, las pruebas en México arrojaron resultados positivos para el hongo *Fusarium solani* en muestras de líquido cefalorraquídeo. Este mismo hongo se detectó en un brote mortal que comenzó a fines del año pasado en el estado mexicano de Durango y que también estuvo relacionado con cirugías.

“No estamos seguros de si estos dos brotes están relacionados, pero el hecho de que el mismo organismo probablemente esté causando esta meningitis micótica preocupa por la alta tasa de letalidad. Por eso es tan importante que los pacientes consulten temprano, incluso si son asintomáticos”, dijo Smith.

“Los medicamentos utilizados durante la anestesia en el brote actual pueden haber estado contaminados, ya sea en la epidural misma o en otros medicamentos que se agregan junto con las cirugías, como la morfina”, dijo Smith.

“Actualmente hay escasez en México, y podría haber potencial para un mercado negro que podría haber contaminado la medicina”, dijo Smith.

Otra teoría es que hubo fallas en las prácticas de control de infecciones para prevenir la contaminación durante la cirugía, a la que actualmente se culpa por el otro brote.

“El brote que estamos experimentando ahora es bastante similar y tiene la capacidad de alcanzar esta alta tasa de letalidad y simplemente devastar familias y comunidades”, dijo Smith.

El Departamento de Salud de la provincia de Balkh informó que en la última semana se registraron 10 casos positivos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) en la región norte del país y dos personas fallecieron.

Los funcionarios locales de Balkh dijeron que los casos de esta enfermedad estaban aumentando en el norte del país e instaron a los líderes religiosos y los medios de comunicación a advertir a la población sobre los peligros asociados con la propagación de la enfermedad.

“Se han registrado 10 casos positivos de FHCC; lamentablemente, tuvimos dos muertes. El Hospital Regional ‘Abu Ali Sinai’ en Balkh tiene sus propios preparativos particulares, y el Hospital Antani, de 50 camas, también está listo”, dijo Najibullah Tawana, director del Departamento de Salud de Balkh.

“Tratamos de decirles a todos los académicos que informen a la población sobre la enfermedad”, dijo Saifuddin Azizi, jefe del departamento de Hajj y Asuntos Islámicos de Balkh.

Un residente de la provincia de Balkh relató que uno de sus parientes que criaba ganado, enfermó recientemente de FHCC. “Estaba sangrando a borbotones por la boca y la nariz. Nos dijeron que el paciente tenía fiebre hemorrágica de Crimea-Congo cuando lo llevamos al hospital”, dijo.

La provincia de Balkh está ubicada en el centro norte de Afganistán, donde el río Amu Darya forma una frontera natural entre Afganistán y Uzbekistán. Su capital es Mazar-e Sharif. Balkh es la principal puerta de entrada del país a Asia Central, con una población multiétnica, en gran parte de habla persa. Alrededor de 66% de su población vive en distritos rurales.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) es una enfermedad viral zoonótica transmitida por garrapatas muy extendida que provoca brotes graves de fiebre hemorrágica viral, con una tasa de letalidad de 10% a 40%. Los huéspedes del virus de la FHCC (FHCCV) incluyen una amplia gama de animales salvajes y domésticos, como ganado vacuno, ovino y caprino. El FHCCV se transmite a las personas ya sea por picaduras de garrapatas o por contacto con sangre o tejidos de animales infectados durante e inmediatamente después del sacrificio. La transmisión de persona a persona, que es más rara, generalmente resulta del contacto cercano con la sangre u otros fluidos corporales de personas infectadas.

Un informe de situación de la Organización Mundial de la Salud señaló que se registraron 17 nuevos casos en el país durante la semana del 30 de abril al 6 de mayo, principalmente en Kandahar y Helmand, que se encuentran en el extremo sur de Afganistán. El mismo informe también señaló que hubo 23 muertes asociadas con la FHCC entre enero de 2022 y mayo de 2023, incluidas cuatro en la provincia de Balkh, una de las provincias más septentrionales del país, de donde se origina el informe actual. Por lo tanto, la FHCC está ampliamente distribuida en Afganistán.

En el informe actual, al menos uno de los casos criaba ganado, uno de los factores de riesgo para adquirir la FHCC. Cada año, el pico más alto de casos de FHCC en Afganistán ocurre alrededor de Eid-al-Adha, la fiesta musulmana del festival del sacrificio, debido al aumento del movimiento de población y la matanza de animales domésticos durante la festividad. Involucrar a los imanes islámicos, así como a los funcionarios de salud y otros líderes locales, para que compartan la palabra sobre la propagación y la prevención de la FHCC es particularmente importante ahora, porque el Eid-al-Adha está próximo (28 y 29 de junio).

Un estudio llevado a cabo por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) en colaboración con el Ministerio de Sanidad actualizó las últimas estimaciones realizadas sobre el número de personas que conocen su diagnóstico de VIH en España. El informe estima que la cifra de personas con VIH no diagnosticadas se ha reducido casi a la mitad (-42,3%) en los últimos cuatro años, pasando de 13% a 7,5%.



Esta evolución sitúa la tasa de personas diagnosticadas de VIH en el 92,5% y posiciona a España en el camino para alcanzar el objetivo de 95% fijado en la Agenda 2030 de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

Según los resultados del informe, el 92,5% de las personas que vive con el VIH en España conocería su diagnóstico de infección, el 96,6% está recibiendo tratamiento antirretroviral y el 90,4% tiene la carga viral suprimida. La disminución de la fracción no diagnosticada es el dato que presenta mayor evolución, ya que actualmente, se estima esa tasa en 7,5% en el periodo 2021-2022, frente al 13% estimado en el periodo 2017-2019. Desde el año 2013, en que se realizó la primera estimación del continuo de atención en España, hasta este momento, el número de personas diagnosticadas de VIH se incrementó en 12,8%, las personas en tratamiento en 11,0% y las personas con supresión viral en 10,9%.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida estableció como objetivo para acabar con la infección por el VIH como problema de salud pública que, en el año 2020, el 90% de las personas con infección por el VIH estuvieran diagnosticadas, de ellas 90% estuvieran con tratamiento antirretroviral y, de estas, 90% tuviera la carga viral suprimida. Este objetivo, denominado 90-90-90, se ha ampliado hasta 95-95-95 para el año 2030, como parte de la meta 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La importancia del diagnóstico precoz

La infección por el VIH no presenta síntomas hasta sus fases finales, de tal modo que una persona puede haber contraído la infección y desconocerlo. Diagnosticar precozmente la infección es de vital importancia para que una persona pueda recibir tratamiento antirretroviral de forma temprana, mejorando así su calidad de vida y contribuyendo a cortar la cadena de transmisión. La realización de la prueba de VIH es la mejor manera de reducir la fracción no diagnosticada.

Entrada la primavera, y a tiro de piedra del verano, el buen tiempo y el aumento de las horas de luz solar invitan al esparcimiento y a visitar parques y jardines públicos para realizar actividades de ocio.

Por desgracia, los parques públicos y los areneros son una importante fuente de infección por parásitos, especialmente para los niños. Esta situación es debida, sobre todo, a que perros y gatos comparten áreas públicas con ellos, y a que tanto las mascotas como los animales callejeros pueden expulsar parásitos intestinales a través de las heces, contaminando el suelo y los espacios compartidos.



Resulta evidente que los perros y los gatos desempeñan un papel muy importante en la sociedad, con una huella psicológica relevante, en especial cuando actúan como animales de compañía. Europa tiene una de las tasas más altas de tenencia de mascotas en el mundo: 46% de los hogares europeos poseen mascotas, y se estima que hay un total de 92 millones de perros domésticos y 113 millones de gatos domésticos.

Lamentablemente, al igual que ocurre con otras especies animales, los perros y gatos también son una fuente de infecciones parasitarias para los humanos a tener en cuenta, porque al ser un número muy elevado y mantener un contacto estrecho con las personas, el riesgo y el tamaño del problema aumenta.

Parásitos intestinales de los perros que pasan a los humanos

Las infecciones parasitarias intestinales son una de las causas más comunes de diarrea en los países en desarrollo. A nivel mundial, más de 1.500 millones de personas, 20% de la población global, están infectadas con helmintos transmitidos por el suelo. Y más de 267 millones de niños en edad preescolar y 568 millones en edad escolar viven en áreas de prevalencia de helmintos intestinales.

Estos parásitos gastrointestinales, muchos de ellos zoonóticos, siguen siendo comunes en los perros, especialmente en los callejeros, a pesar de la disponibilidad de pruebas de diagnóstico sensibles y tratamientos efectivos. Varias investigaciones apuntan a que, en algunas zonas de América del Norte, más de 70% de los perros están infectados con uno o más parásitos intestinales, incluidos anquilostomas (*Ancylostoma* spp.), tricocéfalos (*Trichuris vulpis*), ascáridos del género *Toxocara*, tenias (*Dipylidium caninum*, *Taenia*) y algunos más.

Es posible contraer toxocariosis en los parques

Los parques infantiles y los jardines públicos representan un importante foco de infección por estos parásitos para los seres humanos, especialmente para los niños. De hecho, según varios estudios actuales, una quinta parte de los lugares públicos del mundo están contami-

nados con huevos de *Toxocara* (un género de nematodos), con tasas de prevalencia que oscilan entre 13 y 35%, según la zona geográfica. En Europa la prevalencia media ronda el 18%. Pero dentro de España la variación de la prevalencia en los parques públicos es enorme: desde el 16% en Madrid, hasta el 37% en Tenerife o el 67% de Murcia.

En Lisboa se ha detectado *Toxocara* en 50% de los parques, y está presente también en 27% de los patios de las escuelas primarias muestreadas en el extremo sur de Brasil. En cuanto a la ciudad de New York, se conside-

ra un problema de salud grave por el riesgo continuo de contraer la infección en los espacios públicos, especialmente en los vecindarios más pobres como El Bronx.

Dentro del género *Toxocara* existen 26 especies de nematodos, pero dos de ellos revisten mayor importancia: *Toxocara canis* y *Toxocara cati*, que tienen como huéspedes respectivamente a perros y gatos, callejeros o domésticos. Ambos excretan los huevos del parásito por las heces y son los principales agentes causales de la toxocariosis humana. A veces la infección es asintomática, pero otras puede causar fiebre, tos, dolores musculares, pérdida de apetito, hepatoesplenomegalia, neumonitis, asma, alteraciones visuales, meningitis, vasculitis cerebral, encefalitis e incluso trastornos neurodegenerativos como convulsiones, demencia y déficits cognitivos.

Las heces de perro contienen huevos de *Toxocara*

Un metaanálisis reciente sugiere que más de 100 millones de perros están infectados con *Toxocara canis* y que estos animales arrojan miles de millones de huevos al ambiente cada año. Una vez liberados, los huevos completan su maduración. Y cuando contienen larvas completamente desarrolladas son infecciosos para las personas. Si un ser humano ingiere huevos viables del suelo contaminado con heces de perros, por malas prácticas de higiene o por ingerir verduras crudas sin lavar, por ejemplo, puede contraer toxocariosis.

Después de la ingestión de un huevo embrionado preparado para eclosionar, la larva pasa al torrente sanguíneo. Excava a través de los tejidos del cuerpo, donde los gusanos pueden acumularse en el ojo, el cerebro, el hígado y la piel. Como consecuencia pueden desarrollarse daños tisulares severos, ceguera e infecciones encubiertas que pueden disminuir la cognición neurológica o provocar retrasos en el desarrollo.

Un estudio realizado en la ciudad de New York y publicado en 1987 correlacionó la seroprevalencia de *Toxocara canis* con déficits neurocognitivos en niños.

Retirada de excrementos, mejor si se embolsan

Es manifiesto que los lugares públicos, como playas, areneros y parques, que son a la vez espacios de recreo y tránsito de animales callejeros, de mascotas y de humanos, desempeñan un papel significativo en la transmisión de la infección por *Toxocara* y otros parásitos. Con el aumento del número de perros y gatos en entornos humanos, sumado a las negligencias en la higiene básica, crece el riesgo de que las personas se infecten. Por ello, la concienciación pública y el civismo individual son tan importantes.



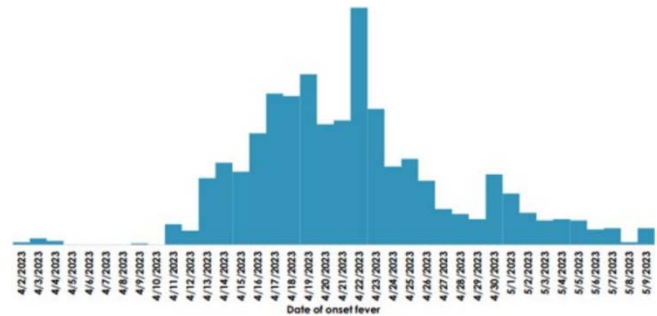
Larva de *Toxocara*.

El primer paso es que los propietarios de mascotas acaten las medidas más obvias: la recogida y retirada de los excrementos depositados por las mascotas en la vía pública y el empleo de los espacios habilitados para mascotas en parques y jardines.

Además, se pueden implementar otras medidas preventivas para evitar contraer infecciones, como desparasitar con frecuencia a las mascotas, establecer prácticas higiénicas correctas, evitar el contacto con tierra o arena contaminada con heces de animales, mantener los areneros domésticos cubiertos cuando no estén en uso y enterrar o embolsar las heces de los animales antes de desecharlas en la basura.

Todo ello sin olvidar la importancia de lavar correctamente las manos después de manipular mascotas, suelo o arena y antes de ingerir alimentos, así como de reforzar el mensaje educativo a la sociedad en general y enseñar a los niños que es peligroso comer arena o tierra.

Desde el 4 de abril de 2023, dos distritos (Logia y Mille) de la región de Afar, en el noreste de Etiopía, están experimentando un brote de dengue. Hasta el 10 de mayo se ha notificado un total de 1.638 casos sospechosos y confirmados y nueve muertes asociadas (tasa de letalidad de 0,5%). El distrito de Mille ha notificado la mayoría de los casos (1.573 casos; 96%), mientras que el distrito de Logia ha notificado 65 casos (4% del total). De las nueve muertes sospechosas reportadas, cuatro ocurrieron en establecimientos de salud y cinco a nivel comunitario.



Casos notificados de dengue. Etiopía. Año 2023, del 2 de abril al 9 de mayo. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

De las 10 muestras analizadas mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), ocho (80%) resultaron positivas para el virus Dengue. Además, 48 muestras de 97 analizadas (50%) mediante pruebas de diagnóstico rápido (PDR) en el distrito de Mille dieron positivo, mientras que 47 muestras de 70 analizadas (67%) en el distrito de Logia también dieron positivo mediante PDR.

De los 1.615 casos registrados, 837 (51,8%) son hombres y 778 son mujeres (48,2%). La mayoría de los casos son mayores de 15 años (1.147 casos; 71%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor articular (99%), cefalea (98%), escalofríos (97%), vómitos (80%) y fiebre (64%).

La tendencia en el número de casos notificados aumentó desde el 11 de abril y alcanzó su punto máximo el 22 de abril, el día 11 de la fase ascendente de la primera ola, seguida de una disminución en el número de casos notificados hasta el 10 de mayo.

Acciones de salud pública

- Las actividades de respuesta están siendo coordinadas por el Centro Operativo de Emergencia regional de Afar y se está organizando una reunión de coordinación con los socios del grupo de salud que trabajan en la región de Afar.
- Se desarrolló un plan de respuesta y se compartió con socios y partes interesadas para obtener apoyo.
- Se distribuyeron herramientas de vigilancia (definición de casos, formulario de listado en línea, directrices) a los distritos en riesgo.
- Listado en línea de casos en el centro de salud aún en curso, así como limpieza, análisis y visualización de datos diarios.
- Gestión de casos aún en curso en los centros de salud de Mille y Logia.
- Se brindó capacitación sobre la respuesta al brote a los trabajadores de la salud en la región de Afar y se brindó orientación *in situ* sobre dengue al personal del Hospital General de Dubti.
- Se llevan a cabo actividades de sensibilización y movilización social en los distritos vecinos (Aysaita, Chifra, Adaar y Dubti), así como en los dos distritos afectados (Logia y Mille).

- Se llevaron a cabo encuestas entomológicas y se brindó orientación en el sitio sobre el comportamiento de los vectores y las medidas de control para los trabajadores de la oficina de salud del distrito, el personal del establecimiento de salud, los líderes de los *kebeles* (asociaciones de vecinos), los maestros de escuela y jefes de familia.

Interpretación de la situación

En Etiopía se informaron casos de dengue por primera vez en 2013, cuando se produjo un brote en la ciudad de Dire Dawa. Desde entonces, los casos y brotes de dengue han aumentado con un impacto significativo en la salud pública. Etiopía ha tenido brotes casi anuales desde 2013, devastando un sistema de salud y una economía que ya estaban fragmentados. Los siguientes factores contribuyen a contraer el dengue en Etiopía: el no uso de mosquiteros, la presencia de agua estancada alrededor de las comunidades y el estado nutricional debilitado de la población debido a la sequía prolongada. El control del brote en curso enfrenta algunos desafíos, entre los que se incluyen el deficiente sistema de vigilancia en las áreas afectadas y las limitadas actividades de control de vectores y gestión ambiental.



El 23% de las garrapatas analizadas en todos los laboratorios de Letonia han dado positivo este año para las bacterias *Borrelia* que causan la enfermedad de Lyme, contra la cual no hay vacunas. Otra enfermedad peligrosa causada por estos arácnidos es la encefalitis transmitida por garrapatas, que solo ha sido detectada en unos pocos ejemplares.

En el Centro de Infectología de Letonia, no se ha detectado encefalitis en absoluto este año, pero en 26% de las garrapatas analizadas se ha encontrado *Borrelia*. Pero en el Laboratorio Central, donde se realiza la mayoría de las pruebas, de 710 garrapatas analizadas, cuatro dieron positivo para encefalitis, y 23% dio positivo para Lyme, dijo Jeļena Storoženko, miembro de la junta del Laboratorio Central.

El año pasado, 50 pacientes de encefalitis transmitida por garrapatas y 11 de la enfermedad de Lyme fueron tratados en el Centro de Infectología de Letonia. Actualmente, una persona está hospitalizada por un caso grave de enfermedad de Lyme.

Según datos del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, Letonia se encuentra entre los puntos críticos de garrapatas de Europa.

La borreliosis de Lyme –o enfermedad de Lyme– es la enfermedad infecciosa transmitida por garrapatas más común en humanos en el Hemisferio Norte, y se presenta predominantemente en las regiones templadas de América del Norte, Europa y Asia. De las más de 20 genoespecies complejas de *Borrelia burgdorferi* sensu lato (Bbsl), solo unas pocas (por ejemplo, *B. afzelii*, *B. garinii* y *B. burgdorferi* sensu stricto) son patógenos humanos: *B. burgdorferi* sensu stricto (Bbss) es la causa predominante de la borreliosis de Lyme en América del Norte; Bbss también ocurre en Europa pero es menos frecuente que *B. garinii* o *B. afzelii*, las dos principales genoespecies patógenas europeas.

Los vectores de Bbsl, que se alimentan tanto de humanos como de especies reservorio, son cuatro especies de garrapatas *Ixodes*: *I. scapularis* es el principal vector de Bbsl para humanos en la mitad oriental de Estados Unidos; *I. pacificus*, en el lejano oeste de Estados Unidos; *I. ricinus*, en Europa; e *I. persulcatus*, en Asia. Se ha informado que la región de Europa Central (Austria, Chequia, el sur de Alemania, Suiza, Eslovaquia y Eslovenia) tiene las tasas más altas de infección por *Borrelia* en la garrapata *I. ricinus*, en Suiza, de 13,6% a 49% de las garrapatas estaban infectadas. En la región de Austria/Suiza, de las garrapatas positivas, 25% estaba infectado con *B. afzelii*, 44% con *B. garinii*, y 25% con Bbss. La tasa de infección en garrapatas adultas (18,6%) fue mayor que en ninfas (10,1%). La noticia actual agrega a Letonia a esta lista de países con más de 20% de garrapatas infectadas con presuntamente una especie de *Borrelia* capaz de causar borreliosis de Lyme.

Las manifestaciones clínicas de la borreliosis de Lyme varían según la ubicación geográfica. Por ejemplo, la acrodermatitis crónica atrófica y la neuroborreliosis son más comunes en Europa, mientras que la artritis parece prevalecer en Estados Unidos. La neuroborreliosis de Lyme es multifacética y causa síntomas como resultado de la afectación del sistema nervioso central y/o periférico; la borreliosis de Lyme puede causar meningitis, neuritis craneal, radiculoneuritis, neuropatía periférica y/o encefalopatía.

En Estados Unidos, la infección de 20% o más de las garrapatas con *B. burgdorferi* ocurre en partes de New England, en partes de los estados del Atlántico Medio y en partes de Minnesota y Wisconsin, pero no en la mayoría de las demás regiones. Las pautas de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América recomiendan que, si la tasa de infección en garrapatas en áreas locales específicas es de 20% o más, y si se estima que un adulto o una ninfa de la garrapata *I. scapularis* estuvo adherida durante al menos 36 horas sobre la base del grado de ingurgitación de la garrapata con sangre o de la certeza sobre el tiempo de exposición a la garrapata, se justifica la profilaxis con una dosis única de doxiciclina dentro de las 72 horas posteriores al momento en que se eliminó la garrapata, si la doxiciclina no está contraindicada.

Las garrapatas *Ixodes* individuales pueden infectarse con más de una genoespecie del complejo Bbsl, así como con muchos otros patógenos, incluido *Anaplasma phagocytophilum*, la causa de la anaplasmosis (también conocida como anaplasmosis granulocítica humana o HGA); *Babesia microti*, la causa de la babesiosis; *Borrelia miyamotoi*, la causa de una enfermedad similar a la fiebre recurrente; y el virus de la encefalitis transmitida por garrapatas. Por lo tanto, es posible que ocurran coinfecciones con dos o más de estos patógenos transmitidos por garrapatas.

Un total de siete personas han muerto desde el inicio del brote de legionelosis en la ciudad de Kaunas, en la región de Kaunas, informó el 26 de mayo el Centro Nacional de Salud Pública (NCPH).

Se ha confirmado un total de 24 casos de legionelosis. A fines de abril se registró un brote de la enfermedad en Garliava, región de Kaunas.

A principios de esta semana, la empresa de suministro de agua Kauno Vandenyys informó que en ninguno de los 11 puntos de suministro de agua y estaciones de bombeo probados en Kaunas se confirmó la presencia de la bacteria *Legionella*. A su vez, el NCPH informó la semana pasada que de 16 análisis de agua realizados en las casas de las personas enfermas, en nueve no se encontró *Legionella*, y en dos sí, pero en una cantidad dentro de las normas establecidas.

El ministro de Salud, Arunas Dulkis, dijo que el brote de legionelosis en la región de Kaunas se relaciona con el lavado de los depósitos de la estación de bombeo de agua de Garliava.

Kauno Vandenyys afirmó que inmediatamente después de que se dio a conocer la primera información sobre el brote de la enfermedad, la empresa, por iniciativa propia, tomó muestras de agua de las redes de suministro de agua de Garliava. La empresa también destacó que es responsable del suministro de agua “hasta el medidor de entrada; la empresa no se hace responsable de la calidad de la tubería interna”.

El 11 de mayo de 2023, eran 22 los casos (la mayoría de los casos en Garliava, un suburbio de Kaunas, ubicado a 10 km al sur del centro de la ciudad de Kaunas, y cinco las muertes. El informe actual establece que, dos semanas después, hay dos casos más (24 casos) y dos muertes más (siete muertes).

Al parecer, el brote está relacionado de alguna manera con “ el lavado de los depósitos de la estación de bombeo de agua de Garliava”, tal vez generando la aerosolización de agua contaminada con bacterias *Legionella*, que fue arrastrada por las corrientes de aire a favor del viento desde esta fuente, pero no se nos dan más detalles.

No se proporcionan datos sobre el genotipado de aislamientos clínicos o ambientales de *Legionella*. La genotipificación de aislamientos clínicos de *Legionella* puede ayudar a identificar si este grupo de casos es un brote de fuente común, si los genotipos de los aislamientos clínicos coinciden. La noticia indica que la compañía de suministro de agua tomó muestras de agua del suministro de agua, y ninguno de los 11 puntos de suministro de agua y estaciones de bombeo dieron positivo para la bacteria, pero no establece específicamente si se analizaron las paredes de los depósitos de agua de bombeo de la estación de Garliava o el agua utilizada para lavar las paredes. La genotipificación de los aislamientos ambientales de *Legionella* puede ayudar a identificar la fuente del conglomerado de casos si el genotipo de los aislamientos ambientales coincide con el genotipo de los aislamientos clínicos.

Más de 450 casos de úlcera de Buruli se han registrado en la zona sanitaria de Bogose Nubea, a casi 40 km de la ciudad de Gemena, capital de Sud-Ubangi.

Según el ministro de Salud de Sud-Ubangi, Dr. Papy Naego Lambo, el 28 de mayo se registraron estos casos en las áreas sanitarias de Bombura, Bobasonga, Bodulungba, Bobanganza y Bogose Nubea, durante la semana epidemiológica 12, tras los resultados confirmados por el laboratorio del Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB).



Papy Naego destacó que todos los casos identificados son atendidos gratuitamente a nivel de dicha zona sanitaria y que algunos pacientes ya se están recuperando de la enfermedad. Pero invitó a la población de la zona sanitaria de Bogose Nubea a evitar el agua estancada que, según el funcionario, contiene gérmenes de la úlcera de Buruli, enfermedad conocida localmente como *Mbasu* o *Mwanza*.

Cabe señalar que en la zona sanitaria de Budjala se han notificado casos similares; sin embargo, Papy Naego precisó que estos casos probables no han sido confirmados por el laboratorio del INRB.

La úlcera de Buruli es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium ulcerans*. Se manifiesta por lesiones ulcerosas crónicas muy graves que dejan importantes secuelas de invalidez. Es la tercera causa de micobacteriosis en el hombre, después de la tuberculosis y la lepra, y es endémica en cerca de 30 países de África, Sudamérica, Asia y el Pacífico Occidental. Su nombre hace alusión a una región de Uganda, el distrito de Buruli, donde se describieron en 1958 numerosos casos en refugiados ruandeses. Aunque los síntomas de esta enfermedad ya habían sido descritos por viajeros y misioneros que recorrieron África a fines del siglo XIX, la bacteria no fue aislada e identificada hasta 1948. Se trata, pues, de una enfermedad reciente y bastante desconocida, cuyos primeros casos comenzaron a describirse en la década de 1970. Actualmente constituye un problema importante y creciente en muchos países del mundo.

Esta enfermedad se transmite principalmente a través del agua. Las modificaciones ambientales, tales como la deforestación, la construcción de sistemas de regadío, pantanos y diques, parecen haber desempeñado un papel fundamental en la reaparición de la enfermedad. Se cree que la micobacteria prolifera en el lodo que se forma debajo de las aguas estancadas. El contagio puede producirse por contacto directo con elementos contaminados presentes en el ambiente, aerosoles procedentes de superficies acuosas o animales acuáticos tales como las chinches de los géneros *Naucoris* y *Diplonychus*. Técnicas de biología molecular han detectado recientemente la presencia de *M. ulcerans* en agua, lodo, peces e insectos. La transmisión de persona a persona no ha sido probada. Esta enfermedad no hace discriminación de raza ni de edad, pero la mayoría de los afectados (70%) son niños menores de 15 años (rango: 2-14 años) que viven en zonas rurales pobres, próximas a ríos, pantanos y aguas estancadas, en países tropicales y subtropicales. Una lesión previa es probablemente la vía de acceso de *M. ulcerans* cuando la piel contacta con superficies contaminadas.

La úlcera de Buruli ha surgido como una nueva e importante causa de enfermedad en el ser humano. Aunque es difícil conocer el número de casos reales, hasta la fecha se han registrado casos confirmados o sospechosos en muchos países de África y algunos de Sudamérica, Asia y el Pacífico Occidental. Fuera de estos continentes se han descrito muy pocos casos: tres en Norteamérica, uno en Inglaterra, uno en Irlanda del Norte y uno en Canadá, en emigrantes o trabajadores residentes en el continente africano. En países como Costa de Marfil, Ghana, Guinea, Togo y Benin el número de casos ha ido aumentando gradualmente y ya supera al de lepra y tuberculosis.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) envió antitoxina botulínica a Thành phố Hồ Chí Minh para tratar a pacientes gravemente enfermos con botulismo después de consumir mortadela de cerdo y alimentos fermentados, pero uno murió poco después de su llegada.

Enviados desde Suiza, seis viales de antitoxina botulínica heptavalente (BAT) llegaron el 24 de mayo para ser administrados a tres hombres, de 18, 26 y 45 años, dijo el Ministerio de Salud. Dos de ellos están bajo tratamiento en el Hospital Chợ Rẫy y el otro en el Hospital Gia Định. Pero este último paciente, de 45 años, falleció antes de que le inyectaran el fármaco, anunció el hospital el 25 de mayo.

Entre el 13 y el 20 de mayo de 2023, seis personas en la ciudad de Thủ Đức sufrieron intoxicación botulínica, cinco de ellas después de consumir mortadela de cerdo comprada a vendedores ambulantes, y una por comer un tipo de comida fermentada. El Departamento de Salud de Thủ Đức dijo que la mortadela fue producida por una instalación ilegal en la ciudad, operando durante los últimos dos meses a pesar de no contar con licencia.

De los seis pacientes, tres de entre 10 y 14 años han estado en condición estable después de recibir la BAT en el Hospital de Niños 2 de Thành phố Hồ Chí Minh poco después de ser diagnosticados. Es lamentable que el fármaco administrado a esos niños fuera la última dosis en Vietnam. Pero los tres adultos permanecieron en estado crítico y habían estado conectados a respiradores durante casi una semana.

Lê Quốc Hùng, jefe del departamento de enfermedades tropicales del Hospital Chợ Rẫy, dijo que en el pasado el botulismo causaba una alta mortalidad debido a la falta de respiradores, pero en estos días los médicos pueden mantener vivos a los pacientes aunque se necesita la antitoxina para salvarlos.

El distrito de Thủ Đức es una puerta de entrada situada en el noreste de Thành phố Hồ Chí Minh. Anteriormente conocida como Saigón, Thành phố Hồ Chí Minh es la ciudad más poblada de Vietnam, con una población de alrededor de 9 millones en 2019 y situada en la región sureste de Vietnam.

Prevencción...



Esta campaña, titulada 'Tu presencia marca la diferencia', se publicó en Egipto en noviembre de 2021, y habla sobre la detección precoz del cáncer de mama. Muestra la diferencia entre las mujeres o niñas que hicieron la detección temprana, donde se observa la cinta rosa y el lugar tiene más luz que otras que no lo hicieron. Brevemente, esa es la idea del mensaje.

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.