

ARGENTINA

- Salta: Confirmaron 105 nuevos casos de dengue en la última semana
- Situación epidemiológica de la neumonía

AMÉRICA

- Brasil: Detectan un nuevo genotipo del virus del dengue
- Chile: Tercer caso de hantavirus en Ñuble

- Estados Unidos: Descubren signos de un virus animal en el hombre que recibió un corazón de cerdo
- Estados Unidos: Los casos de sífilis aumentaron casi 1.900% en South Dakota
- Paraguay: Aumento de casos de dengue y fiebre chikungunya

EL MUNDO

- Australia: La úlcera de Buruli se sigue propagando en el norte de Melbourne
- España: Aumentaron 78% en un mes las hospitalizaciones por COVID-19

- Hungría: Detectan en murciélagos el virus Lloviu, emparentado con el virus del Ébola
- India: Nueva muerte por la enfermedad del Bosque de Kyasanur en Karnataka
- Irak: Doce muertos en lo que va de año por la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- Malasia: Segundo caso humano de rabia en Selangor en lo que va del año
- Malasia: Significativo aumento de la enfermedad de manos, pies y boca

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Adherentes



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

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

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

Argentina



SALTA

CONFIRMARON 105 NUEVOS CASOS DE
DENGUE EN LA ÚLTIMA SEMANA

09/05/2022

El Ministerio de Salud Pública confirmó 105 nuevos casos de dengue en Salta al analizar la última semana epidemiológica. La directora general de Coordinación Epidemiológica, Analía Acevedo, informó que el mayor número de contagios se dio en Profesor Salvador Mazza. Al día de la fecha, ya son 407 los infectados en la provincia, confirmados por laboratorio y por criterio clínico epidemiológico.

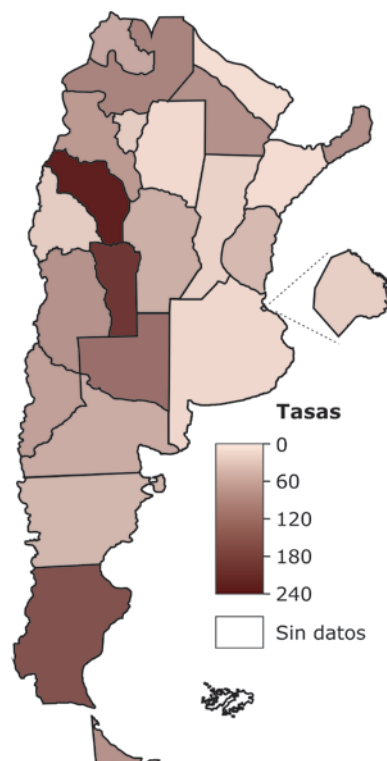


Los nuevos casos de dengue en Salta se registraron en Profesor Salvador Mazza (72 casos), Tartagal (15), Aguaray (10), General Mosconi (5), Orán (1), Padre Lozano (1) y Rivadavia Banda Sur (1). Los casos confirmados se notificaron en los departamentos San Martín, Orán, Rivadavia y también en Capital.

De esta manera, los casos acumulados se distribuyen en las localidades de Profesor Salvador Mazza (319 casos), Tartagal (33), Aguaray (28), Santa Victoria Este (13), General Mosconi (7), San Ramón de la Nueva Orán (4), Salta (1), Padre Lozano (1) y Rivadavia Banda Sur (1). El serotipo detectado en los pacientes positivos es el DENV-2, diferente al que circuló en la provincia durante el período de vigilancia 2020-2021 (DENV-1).

La cartera sanitaria indicó que la edad de las personas es heterogénea y todos presentaron una evolución clínica favorable; con cuadros clínicos leves o moderados. Los síntomas frecuentes del dengue en Salta son: fiebre alta (39-40°C); dolor de cabeza; dolor de cuerpo y articular; cansancio; dolor detrás de los ojos y erupciones cutáneas y debilidad, entre otros.

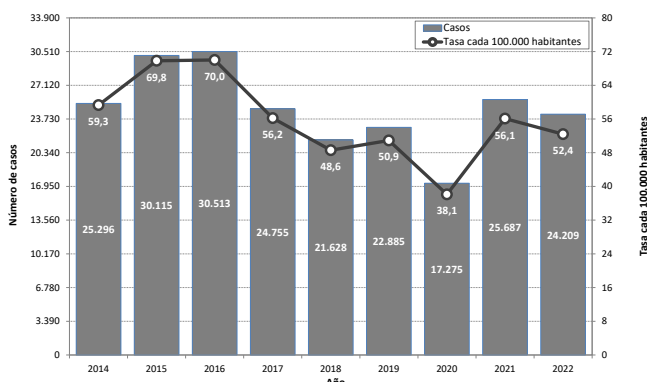
Provincia/Región	2014/2019		2021		2022	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	10.001	54,45	699	22,70	1.042	33,81
Buenos Aires	36.804	36,24	9.245	52,20	4.028	22,53
Córdoba	17.736	81,53	1.180	31,07	2.789	72,71
Entre Ríos	5.508	68,46	713	50,98	817	57,91
Santa Fe	12.647	61,28	1.703	47,79	1.076	29,97
Centro	82.696	48,54	13.540	45,82	9.752	32,73
Mendoza	10.569	91,87	1.518	75,51	2.221	109,41
San Juan	3.089	68,49	295	37,37	294	36,86
San Luis	3.096	106,18	1.011	196,46	1.110	213,12
Cuyo	16.754	88,50	2.824	85,20	3.625	108,25
Chaco	8.374	120,13	1.099	90,36	1.372	111,75
Corrientes	3.779	58,01	297	26,28	186	16,32
Formosa	3.096	87,88	210	34,43	98	15,94
Misiones	4.305	59,24	949	74,43	1.405	109,04
Noreste Argentino	19.554	80,55	2.555	60,38	3.061	71,68
Catamarca	1.685	69,77	310	73,99	417	98,70
Jujuy	3.017	67,88	474	60,83	646	82,04
La Rioja	2.537	112,61	473	118,65	942	233,33
Salta	8.310	101,77	991	68,72	1.874	128,41
Santiago del Estero	2.035	35,96	355	35,92	191	19,14
Tucumán	5.392	55,35	517	30,15	640	36,91
Noroeste Argentino	22.976	70,31	3.120	54,34	4.710	81,13
Chubut	2.215	63,36	330	52,45	404	63,19
La Pampa	1.417	67,92	164	45,38	552	151,51
Neuquén	3.415	89,89	929	138,15	623	91,52
Río Negro	3.112	72,68	908	119,94	576	75,16
Santa Cruz	2.284	113,96	1.277	340,76	707	184,20
Tierra del Fuego	752	79,01	40	22,51	199	109,35
Sur	13.195	79,40	3.648	122,72	3.061	101,47
Total Argentina	155.175	59,03	25.687	56,07	24.209	52,36



Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 habitantes de neumonía. Argentina. Años 2014/2019, 2021 y 2022, hasta semana epidemiológica 13. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Tasa de notificación de neumonía cada 100.000 habitantes. Argentina. Año 2022, hasta semana epidemiológica 13. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 13, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 24.209 casos. La tasa de incidencia de este período es 6,62% inferior a la correspondiente a igual intervalo de 2021. Nueve provincias presentan una menor incidencia que en igual periodo del año 2021: Buenos Aires, Corrientes, Formosa, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santa Cruz, Santa Fe y Santiago del Estero.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2022, hasta semana epidemiológica 13. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Asimismo, la incidencia del año 2022, hasta la SE 12, es 11,30% inferior a la correspondiente al periodo 2014/2019. Doce provincias presentan una mayor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019: Catamarca, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

En base a los datos de las primeras 13 SE de los últimos nueve años, se observa que el año con mayor número de notificaciones fue 2016, a partir del cual se observa una tendencia en descenso hasta 2020, con un fuerte incremento en el año 2021. Para el año 2022, vuelve a observarse una discreta disminución en las notificaciones del evento respecto de los registros de los años previos.

Por primera vez se detectó en Brasil el genotipo Cosmopolita del serotipo 2 del virus del dengue (DENV-2). Presente en Asia, el Pacífico, Medio Oriente y África, el linaje es el más extendido en el mundo, pero nunca se había encontrado en Brasil. La identificación se realizó en febrero en una muestra de un caso ocurrido a fines de noviembre en Aparecida de Goiânia, Goiás. El hallazgo representa el segundo registro oficial de este genotipo en las Américas, luego de un brote en Perú en 2019.

La detección, liderada por el Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (IOC), en colaboración con el Laboratorio Central de Salud Pública de Goiás (LACEN-GO), fue inmediatamente comunicada a las secretarías municipales y estatales de salud y al Ministerio de Salud.

El virus del dengue presenta cuatro serotipos, denominados DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4, y cada serotipo se puede subdividir en diferentes genotipos (también llamados linajes) debido a la presencia de variaciones genéticas. El genotipo Cosmopolita es una de las seis cepas del DENV-2.

Para los investigadores, la llegada de esta cepa a Brasil es motivo de preocupación, porque existe la posibilidad de que se propague de manera más eficiente que la cepa asiática-americana, también conocida como genotipo 3 del DENV-2, que actualmente circula en el país.

Aún no se conoce cómo proliferará el genotipo Cosmopolita en Brasil. A nivel mundial, está mucho más distribuido y causa más casos que el genotipo asiático-americano, que circula en Brasil desde hace años. El panorama global indica que el linaje Cosmopolita tiene la capacidad de propagarse fácilmente.

La posibilidad de una asociación entre el linaje Cosmopolita y el aumento de casos de dengue en el estado de Goiás en 2022 es, hasta ahora, descartada por científicos con base en la secuenciación genética de muestras realizadas en el estado. En total, los investigadores decodificaron alrededor de 60 genomas en las dos primeras semanas de febrero. Estas muestras fueron seleccionadas aleatoriamente entre muestras de casos de dengue confirmados por el LACEN-GO en meses anteriores. Aproximadamente la mitad pertenecía al serotipo DENV-1 y



En las Américas, se detectó el linaje Cosmopolita del serotipo 2 del virus del dengue en Goiás, Brasil, y en Madre de Dios, Perú.

la otra mitad al DENV-2. Entre las muestras del DENV-2, solo una era del genotipo Cosmopolita y todas las demás del genotipo asiático-americano, actualmente en circulación en Brasil.

Los datos muestran que el brote de dengue en Goiás no es causado por el genotipo Cosmopolita. El dengue tiene un comportamiento cíclico en Brasil, que está relacionado con varios factores vinculados al vector y al virus, así como a las condiciones climáticas y de vida de la población.

Considerando la rápida identificación del genotipo Cosmopolita, los investigadores creen que es posible actuar para contener su propagación. La detección temprana permite reforzar las medidas de control. Esto pueda ayudar a limitar la propagación de esta cepa en Brasil y las Américas, donde ya está vigente un escenario epidemiológico complejo, con múltiples patógenos en circulación.

Entre las principales acciones para contener la propagación del dengue figura la eliminación de los depósitos de agua estancada, que pueden convertirse en criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, transmisor de la enfermedad.

Vigilancia genómica

Además de las acciones para combatir el dengue, los investigadores destacan la importancia de intensificar la vigilancia genómica de la enfermedad para mapear la posible circulación del linaje Cosmopolita y comprender mejor las vías de introducción del virus en el país.

Los primeros análisis realizados por los científicos muestran que el patógeno detectado en Brasil es similar a dos microorganismos aislados durante el brote registrado en la provincia de Madre de Dios, Perú, en 2019. Sin embargo, aún no es posible afirmar que el genotipo Cosmopolita fue introducido en Brasil desde Perú.

Considerando los genomas disponibles, se observa que los virus de Perú y Brasil están relacionados con genomas de un brote registrado en Bangladesh. Todo indica que la introducción a América se produjo desde Asia, probablemente a través de viajes intercontinentales. Sin embargo, para entender la dinámica de dispersión en el continente americano, es necesario secuenciar más muestras.

La provincia de Madre de Dios limita con el estado de Acre, en Brasil. La vigilancia genómica activa en esta región, con secuenciación genética de muestras de DENV-2, sería importante para comprender esta introducción y orientar acciones para contener la propagación viral.

En las Américas, el genotipo Cosmopolita llegó a Perú a principios de 2019, propagándose principalmente a lo largo del año en la provincia de Madre de Dios, donde se notificaron cerca de 5.000 casos totales de dengue ese año. Sin embargo, después de su primera detección, aún se desconoce mucho sobre su diversidad genómica, evolución y dinámicas de transmisión en la región. Los análisis genéticos realizados mostraron que el nuevo aislado obtenido en este estudio se agrupa con dos cepas de DENV-2 recientemente descritas aisladas en Perú en 2019, sugiriendo una dispersión a través de la frontera. Dado que cada genotipo podría conducir a un resultado clínico diferencial y a una mayor dispersión del virus, la vigilancia de las cepas circulantes es fundamental para la preparación en salud pública.

La Secretaría Regional Ministerial de Salud de Ñuble confirmó el tercer caso de hantavirus en lo que va del año en la región.

Según el Instituto de Salud Pública, se trata de un hombre de 38 años, con síntomas de fiebre, cefalea y mialgia, desde el pasado 25 de abril y que ingresó al Hospital Clínico 'Herminda Martín' de Chillán el 1 de mayo.



La evolución médica no fue favorable, siendo trasladado al día siguiente al Hospital del Tórax en la Región Metropolitana, recinto asistencial en el que se encuentra en estado grave, conectado a un sistema de oxigenación por membrana extracorpórea.

“Nuestra institución realizó la investigación epidemiológica ambiental, identificándose algunas acciones de riesgo realizadas por el paciente en sectores rurales de la comuna de San Ignacio, en contexto de labores agrícolas, en las que se pudo producir el contagio por contacto con el ratón colilargo”, precisó la Secretaria Regional Ministerial de Salud, Ximena Rossana Salinas Urrutia.

La profesional recordó que la transmisión más común se produce a través de la inhalación de aerosoles producidos a partir de la orina de roedores contagiados y el mayor riesgo lo tienen las personas que viven en sectores rurales, poco intervenidos por el hombre, igual que personas que por actividades recreacionales asisten a esos lugares.

Este año se han reportado otros dos casos en Ñuble. En enero, falleció un hombre de 51 años, mientras que en marzo fue una mujer de 37 años. En tanto, el año pasado se registraron tres casos, uno de los cuales falleció.

Aunque la noticia no especifica el hantavirus involucrado en estos tres casos sin duda es el virus Andes. Este virus es endémico en Chile, incluyendo la región del Ñuble, y todos los años se presentan casos de síndrome pulmonar por hantavirus. Los pacientes probablemente entraron en contacto con áreas habitadas por los roedores reservorio del virus.

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

Un hombre de Maryland de 57 años que sobrevivió durante dos meses con un corazón trasplantado de un cerdo genéticamente alterado presentó signos de un virus que infecta a los animales, según el cirujano que realizó el primer procedimiento de este tipo. La divulgación refuerza una de las objeciones más apremiantes a los trasplantes de animales a humanos, que es que el uso generalizado de órganos animales modificados puede facilitar la introducción de nuevos patógenos en la población humana.

“La presencia de ADN viral en el paciente puede indicar una infección que contribuyó a su deterioro repentino y muerte el 8 de marzo de 2022”, dijo el Dr. Bartley Griffith, cirujano de trasplantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland.

El cerdo fue modificado genéticamente para que sus órganos no provocaran el rechazo del sistema inmunitario humano. El corazón fue proporcionado al paciente por Revivicor, una compañía de medicina regenerativa con sede en Blacksburg, Virginia.

Los funcionarios de la compañía se negaron a hacer comentarios. Los funcionarios de la universidad dijeron que el animal había sido examinado para detectar el virus, llamado citomegalovirus porcino. Pero las pruebas solo detectan infecciones activas, no latentes en las que el virus puede esconderse silenciosamente en el cuerpo del cerdo. El trasplante se consideró inicialmente exitoso. No mostró signos de rechazo del órgano y el corazón del cerdo siguió funcionando durante más de un mes, superando un hito crítico para los pacientes trasplantados.

Una prueba indicó la presencia del citomegalovirus porcino en el paciente 20 días después del trasplante, pero a un nivel tan bajo que Griffith dijo que pensó que podría haber sido un error de laboratorio. “A los 45 días después de la cirugía, el paciente enfermó gravemente y las pruebas posteriores mostraron un aumento vertiginoso en los niveles del virus”, dijo Griffith. “Así que empezamos a pensar que el virus que apareció muy temprano en el día 20 como un simple destello comenzó a aumentar con el tiempo, y pudo haber sido la causa que provocó todo esto”, dijo Griffith.

La salud del paciente se deterioró abruptamente 45 días después de la cirugía, dijo Griffith. “En el día 45, se veía realmente raro. Algo sucedió. Parecía enfermo. Perdió la atención. No nos hablaba. Estaba acostado en la cama, respirando con dificultad y con una fiebre leve”.

El trasplante de corazón fue uno de varios trasplantes innovadores en los últimos meses que ofrecen esperanza a las decenas de miles de pacientes que necesitan nuevos riñones, corazones y pulmones en medio de una grave escasez de donación de órganos humanos. Pero la perspectiva de consecuencias imprevistas, y particularmente la posible introducción de una enfermedad animal en la población humana, pueden desalentar el entusiasmo por el uso de órganos modificados genéticamente.

El xenotrasplante con órganos porcinos modificados genéticamente, como alternativa a los procedimientos alogénicos (de humano a humano), puede estar asociado a la transmisión de microorganismos porcinos, entre ellos los retrovirus endógenos porcinos (PERV). Los PERV están integrados en el genoma de todos los cerdos y son capaces de infectar células humanas. Sin embargo, hasta ahora no se ha observado transmisión de PERV en los primeros ensayos preclínicos y clínicos de xenotrasplante. Mientras que PERV-A y PERV-B, que están presentes en todos los cerdos, infectan células humanas, PERV-C infecta solo células de cerdo y no está presente en todos los cerdos. Sin embargo, pueden ocurrir recombinaciones entre PERV-A y PERV-C y el

recombinante PERV-A/C se caracteriza por una mayor capacidad de replicación. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente utilizar cerdos libres de PERV-C para el xenotrasplante. Curiosamente, al usar CRISPR/Cas, todas las secuencias retrovirales se pueden inactivar en el genoma del cerdo; sin embargo, aún no está claro si esto es necesario para un xenotrasplante seguro.

De los otros virus ampliamente distribuidos en cerdos, el citomegalovirus porcino (PCMV) es motivo de gran preocupación. El PCMV está relacionado con el citomegalovirus humano (HCMV), también llamado herpesvirus humano 5 (HHV-5). El HCMV provoca infecciones mortales en los receptores de trasplantes de órganos humanos si no se trata, lo que provoca enfermedades en los órganos diana, como úlceras gastrointestinales, hepatitis, neumonitis o retinitis. El HCMV también puede conducir a infecciones y enfermedades sistémicas una vez que se supera un valor umbral de carga de virus. De hecho, también se ha detectado HCMV en la mucosa intestinal, donde se ha sugerido que su reactivación conduce a la liberación de IL-6 y enfermedad inflamatoria intestinal.

South Dakota está experimentando un fuerte aumento en los casos de sífilis, [informó el Departamento de Salud](#), y los casos se están extendiendo por todo el estado.

La mayor cantidad de infecciones ocurre en los dos condados más grandes del estado, Pennington y Minnehaha, junto con los condados de Oglala y Todd.

[Otras infecciones de transmisión sexual](#) también se están propagando, pero el aumento de la sífilis ha sido el más dramático, en parte debido a la pequeña cantidad de infecciones que representaron el número base. En lo que va del año, el departamento ha informado 257 nuevas infecciones, un 1.877 % más. La mediana de los últimos cinco años fue de 13 casos.

Angela Cascio, directora de enfermedades infecciosas y administradora adjunta de la Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud, dijo que los factores de riesgo incluyen el uso de drogas intravenosas, el abuso de sustancias, la vivienda inestable y un historial de encarcelamiento.

“El Departamento de Salud también está muy preocupado por las mujeres embarazadas que dieron positivo en la prueba de sífilis, por lo que estamos trabajando en estrecha colaboración con los proveedores de atención médica para concientizar y realizar pruebas a las mujeres embarazadas”, dijo Cascio.

“Las infecciones se distribuyen de manera uniforme entre mujeres y hombres”, dijo Cascio.

El aumento de casos incluso ha llevado a la [Union Gospel Mission](#) en Sioux Falls a asociarse con el departamento para ofrecer pruebas.

“Esta enfermedad puede ser desgarradora para las personas que la contraen y no reciben tratamiento”, dijo el director ejecutivo de Union Gospel, Eric Weber. “Las personas sin hogar a las que servimos se consideran en alto riesgo de sífilis. La voluntad del Departamento de Salud de ayudar a UGM a proporcionar esta prueba a hombres, mujeres y sus familias ayudará a que estas personas vulnerables se sientan seguras y reciban tratamiento si es necesario”.

“El departamento ha estado trabajando con refugios, centros correccionales, Servicios de Salud Indígenas y otros para ayudar con las pruebas, el tratamiento y la educación”, dijo Cascio. También han estado rastreando a aquellos que han tenido contacto cercano con alguien que ha sido infectado.

“El Departamento de Salud también ha publicado mensajes de alerta de salud a los proveedores de atención médica para aumentar su conciencia, fomentar las pruebas y también ha brindado orientación sobre el tratamiento”, dijo.



A nivel nacional, los [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades](#) también informaron un aumento en los casos de sífilis. Los datos provisionales de 2021 muestran que los casos aumentaron 34% entre las mujeres y 9% entre los hombres. “Parte de eso se puede atribuir a las interrupciones en las pruebas y el tratamiento durante la pandemia de coronavirus”, dijo Cascio.

Estados Unidos ha experimentado un aumento en la incidencia de la sífilis desde el año 2000. En 2000, la sífilis primaria y secundaria, las etapas más contagiosas de la enfermedad, alcanzaron mínimos históricos con menos de 6.000 casos informados y una tasa de incidencia de solo 2,1 casos cada 100.000 habitantes por año. Sin embargo, en 2015 se informaron 23.872 casos de sífilis primaria y secundaria con una incidencia de 7,5 casos cada 100.000 habitantes, la tasa más alta registrada desde 1994. Las tasas de sífilis aumentaron en todas las regiones de Estados Unidos, en la mayoría de los grupos de edad y en casi todas las razas/etnias.

Durante 2000-2015, el aumento en la tasa de sífilis primaria y secundaria notificada en Estados Unidos se atribuyó principalmente al aumento de casos entre hombres y, específicamente, entre hombres que tienen sexo con hombres. En años más recientes (2013-2015), la sífilis primaria y secundaria también aumentó entre las mujeres, lo que se asoció con tasas crecientes de sífilis congénita. Durante 2014-2015, la tasa de sífilis primaria y secundaria notificada aumentó 18,1% entre los hombres y 27,3% entre las mujeres, y en 2016, la cantidad de casos de sífilis congénita fue la más alta desde 1998.

Una historia de encarcelamiento, uso de drogas ilícitas y falta de vivienda se ha citado repetidamente en publicaciones anteriores sobre la creciente incidencia de sífilis en Estados Unidos. Durante 2013-2017, la proporción de casos de sífilis primaria y secundaria que reportaron el uso de drogas ilícitas en los últimos 12 meses se duplicó con creces entre mujeres y hombres que tienen sexo con mujeres.

El vínculo entre el uso de drogas ilícitas y la transmisión de la sífilis recuerda el aumento de la sífilis entre los heterosexuales durante la epidemia de crack de las décadas de 1980 y 1990, cuando la práctica de intercambiar sexo con múltiples parejas por drogas, especialmente crack, desempeñó un papel importante en la transmisión de la sífilis. Bajo estas circunstancias, las identidades de las parejas sexuales a menudo se desconocen, lo que debilita la estrategia tradicional de control de la sífilis de notificación a la pareja.



La Dirección de Vigilancia de la Salud informó que luego de Semana Santa se confirmaron 11 nuevos casos de fiebre chikungunya y 19 de dengue, en un informe emitido el 7 de mayo.

Se han reportado 88 casos de arbovirosis y más de 3.500 casos sospechosos en lo que va del año. En las últimas tres semanas hubo un promedio de 217 notificaciones.

Se identificaron 70 casos de dengue en Amambay (34), Caaguazú (20), Central (9), Asunción (2), Caazapá (1), Cordillera (1), Guairá (1), Presidente Hayes (1) y San Pedro Sur (1). De estos, 19 corresponden a nuevos infectados por dengue.

Si bien las mayores cifras de notificaciones se mantienen en Central y Asunción, también hay un aumento en Central, Guairá, Canindeyú, Ñeembucú, Paraguarí, Cordillera, San Pedro Norte y Boquerón.

Con respecto a la fiebre chikungunya, hay 11 nuevos casos, totalizando 18 en lo que va de 2022. Doce corresponden a Central, localizados en Roque Alonso, Limpio, Fernando de la Mora y Villa Hayes; Asunción (2) en Loma Pytá y San Blas; Presidente Hayes (3), en el distrito de Villa Hayes; y San Pedro Norte (1) procedente del distrito de Liberación.

Los serotipos circulantes en el país son DENV-1 (en Amambay, Caaguazú, Central, Asunción, Presidente Hayes y Guairá) y DENV-2 (en Caaguazú, Central y Presidente Hayes). Se registra cocirculación de ambos serotipos en los departamentos de Caaguazú y Central.

La úlcera de Buruli se ha extendido a más partes de Melbourne, con varios casos identificados en Pascoe Vale South y Strathmore en el norte de la ciudad.

La subdirectora de salud de enfermedades transmisibles de Victoria, Deborah Friedman, dijo que el riesgo de contraer esta enfermedad en estos suburbios se consideraba bajo, aunque ahora se reconocían como posibles áreas de riesgo.

La úlcera de Buruli se ha asociado durante mucho tiempo con la costa de Victoria, pero se identificó por primera vez en el interior de Melbourne, en Essendon, Moonee Ponds y Brunswick West, a principios del año pasado.

Friedman dijo que un análisis genético de bacterias aisladas de los nuevos casos sugirió una fuente común de infección en el área con los casos de 2021.

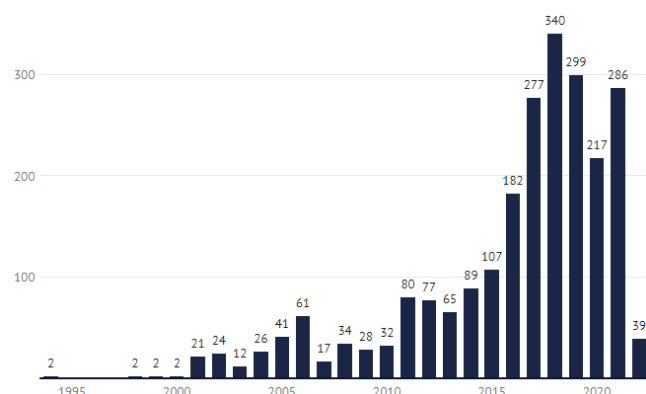
No se ha establecido la fuente potencial, aunque la bacteria se aisló de las heces de un marsupial local, dijo el Departamento de Salud.

Los científicos han dicho que el falangero cola anillada (*Pseudocheirus peregrinus*) y el pósum cola de cepillo (*Trichosurus vulpecula*) son probablemente portadores clave, y es probable que los mosquitos desempeñen un papel en la transmisión de *Mycobacterium ulcerans*, la bacteria que causa la úlcera, de los marsupiales a los humanos.

En un aviso de salud para los profesionales de la salud y los residentes de Pascoe Vale South y Strathmore, Friedman dijo que cada vez había más pruebas de que los mosquitos desempeñaban un papel en la transmisión, por lo que reducir los criaderos de mosquitos y evitar sus picaduras eran medidas de prevención importantes.

“El diagnóstico temprano es fundamental para prevenir la pérdida de piel y tejido”, dijo. Una lesión puede confundirse con una picadura de insecto y, con el tiempo, puede convertirse en una úlcera cutánea destructiva que se conoce como úlcera de Buruli.

Se insta a las personas a cubrirse el cuerpo mientras trabajan al aire libre, reducir las áreas donde el agua puede acumularse y lavar y cubrir los rasguños recibidos mientras trabajan al aire libre.



Casos notificados de úlcera de Buruli, Victoria, Australia. Años 1994/2022. Fuente: Departamento de Salud de Victoria.

Las áreas de mayor riesgo para úlcera de Buruli son Rye, Sorrento, Blairgowrie y Tootgarook en la península de Mornington.

Ocean Grove, Barwon Heads, Point Lonsdale y Queenscliff en la península de Bellarine, junto con los suburbios de la bahía Frankston y Seaford, se consideran de riesgo moderado.

Los casos se informan durante todo el año en Victoria, pero generalmente alcanzan su punto máximo de junio a noviembre, dijo el Departamento de Salud. Ha habido 39 casos en lo que va del año.

La noticia anterior indica que la incidencia de la úlcera de Buruli se está extendiendo en las comunidades del norte que rodean la ciudad de Melbourne en el estado australiano de Victoria, y se informa en áreas donde no se había registrado anteriormente, incluyendo Pascoe Vale South y la vecina Strathmore.

Bellarine, al oeste, y Mornington, al este, son penínsulas que rodean la Bahía de Port Phillip, sobre la que se asienta la ciudad de Melbourne. Una ensenada estrecha, llamada Rip, de 3,5 km de ancho, separa las dos penínsulas a la entrada de la bahía. La Península de Mornington incluye pequeñas ciudades en sus costas occidentales que a veces se consideran suburbios periféricos del gran Melbourne. La mayor parte de la península de Bellarine es parte de la ciudad de Greater Geelong. Melbourne, ubicada entre las dos penínsulas, con una población de aproximadamente 4,6 millones de habitantes, es la capital y ciudad más poblada del estado australiano de Victoria y es la segunda ciudad más poblada de Australia.

La úlcera de Buruli (también conocida como úlcera de Bairnsdale en Australia) es una infección debilitante crónica de la piel y los tejidos blandos que causa grandes úlceras, generalmente en las piernas o los brazos, que puede provocar una infección ósea y una desfiguración y discapacidad permanentes. Inicialmente se presenta como un nódulo o una gran área indolora de induración o una hinchazón difusa e indolora de las piernas, los brazos o la cara.

Es causada por *Mycobacterium ulcerans*, que necesita una temperatura de 29-33°C y una baja concentración de oxígeno (2,5%) para crecer *in vitro*. El organismo produce una toxina única, la micolactona, que daña los tejidos e inhibe la respuesta inmunitaria. Las propiedades inmunosupresoras locales de la toxina de la micolactona permiten que la enfermedad progrese sin dolor ni fiebre. El diagnóstico puede confirmarse por reacción en cadena de la polimerasa (PCR), microscopía directa, histopatología y cultivo.

Aunque el modo exacto de transmisión de *M. ulcerans* aún se desconoce, se cree que se adquiere del ambiente, y este organismo se ha encontrado en las heces de marsupiales en áreas endémicas de úlcera de Buruli de Victoria, donde los mosquitos pueden ser vectores. Se cree que *M. ulcerans* no se transmite de persona a persona.

Se informan alrededor de 2.000 casos de úlcera de Buruli por año en todo el mundo, más comúnmente en las regiones tropicales de África Occidental o Central. En Australia, la mayoría de los casos se notifican en el estado sudoriental de Victoria, la única parte no tropical del mundo donde se detecta esta enfermedad.

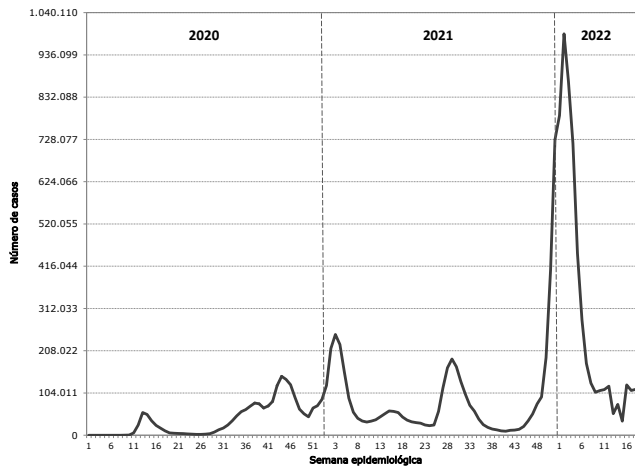
Asturias y Castilla y León son las primeras comunidades españolas en llegar al riesgo alto, [según el semáforo del Ministerio de Sanidad](#). En riesgo medio hay seis regiones: Galicia, Cantabria, Euskadi, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Murcia. La [circulación del SARS-CoV-2 en la población mayor de 60 años se ha mantenido al alza](#) desde que se instauró la nueva forma de monitorización del virus, desde fines de marzo y [durante todo el mes de abril](#). Y esto ha llevado a un incremento de 78% en la tasa de hospitalización en el último mes: de los 7,20 casos cada 100.000 habitantes a principios de abril a los 12,84 casos ahora.

En este periodo han coincidido dos hechos clave: el periodo estival de Semana Santa y [el 'fin' de los barbijos en interiores](#). A fines de marzo, según el último dato que muestra con la contabilidad antigua el Instituto de Salud 'Carlos III', la tasa de transmisión del SARS-CoV-2 para toda la población estaba por encima de 1 (1,02) y en ascenso. Lo que indica que si las nuevas variantes en circulación de la 'familia' de Omicron, sobre todo la BA.2, cuentan con más capacidad de contagio, haya más número de infectados.

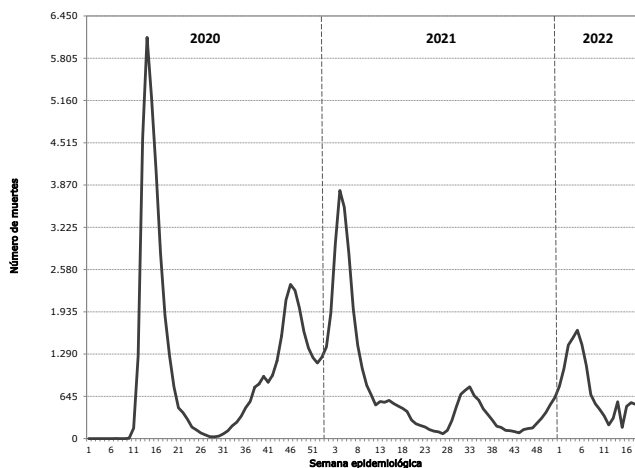
La BA.2 es la predominante en todo el país, con porcentajes que oscilan en las diferentes comunidades autónomas entre 70,5% y 100%. De momento, se han secuenciado poco más de 1% de las subvariantes XE y de la BA.5, que están en el punto de mira de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por ser responsables de un incremento en el número de casos en algunos países sudafricanos.

Según la OMS, España está entre los países europeos en los que crece el número de casos. Tras el incremento observado durante la primera quincena de marzo de 2022, se ha producido un descenso de hasta 22%. Esto se traduce en poco más de 1,9 millones de infecciones nuevas. Sin embargo, seis estados son responsables de ese incremento de las cifras con un crecimiento de más de 20% de casos: Chipre, 62%, y España, 45%.

Como España cuenta con elevadas tasas de vacunación (92,6% de mayores de 12 años con dos dosis y 52,4% con el refuerzo) una mayor circulación del virus no supondría un peligro si ésta no se traduce en un ascenso de la presión asistencial. En este caso, hay una cierta subida del



Casos confirmados de COVID-19. España. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 18 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 10 de mayo de 2022, 19:07 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. España. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 18 de 2022. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 10 de mayo de 2022, 19:07 horas.

número de ingresados. La curva crece de forma lenta. Dado que [el foco del Ministerio de Sanidad y de las comunidades está en la población vulnerable](#), cabe destacar que el sistema de [monitorización centinela del Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria](#) advierte de un incremento significativo en este colectivo.

Así, en el informe de la última semana se estima una tasa de hospitalización por COVID-19 de 4,9 casos hospitalizados cada 100.000 habitantes, frente a 4,0 casos en los días previos. Esta semana las mayores tasas se observan en las personas de 80 o más años: 49,3 casos frente a los 27,9 en la semana previa. Asturias y Castilla y León son las autonomías que tienen la presión hospitalaria en riesgo alto, con porcentajes de ocupación de camas COVID de 11,30% y 10,71%, y en unidades de cuidados intensivos (UCI) de 3,16% y 8,43%, respectivamente.

Según el último de los [informes de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica](#), a nivel nacional entre las dos últimas semanas de abril (hasta el 24 de abril), la tasa de hospitalización semanal aumentó 9%. Este incremento es estadísticamente significativo en los grupos de edad de 10 a 19 años y en el de 50 a 59 años, y en las comunidades de Aragón, Castilla-La Mancha, Madrid y Murcia. Asimismo, desde el 28 de marzo de 2022, en el informe se recoge que el mayor porcentaje de hospitalización entre las personas de 60 o más años se observa en los 80-89 (10,7%) y 90 y más años (14,1%), y en este último grupo de edad se observa la mayor letalidad (2%).

Poner la cuarta dosis a los mayores de 80 años para evitar más hospitalizaciones

Mientras se dibuja esta situación epidemiológica en España, [Sanidad y las comunidades tiene en modo 'espera' la decisión de aplicar el segundo refuerzo a los mayores de 80 años como recomienda Europa y realizan ya más nueve estados de la Unión Europea](#), además de Canadá, Estados Unidos e Israel. Es más, desde el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) se ha puesto el acento en la necesidad de realizar este [nuevo esfuerzo inmunizador en esta población en concreto porque se podrían evitar muertes](#).

El organismo europeo explicó que la administración inmediata de una segunda dosis de refuerzo en esta población sería óptima en situaciones de circulación viral alta o creciente. Alternativamente, en situaciones de baja circulación viral, se debe considerar la administración de una segunda dosis de refuerzo antes del otoño de 2022. España con los datos actuales se encuentra en la primera hipótesis.

De hecho, [el modelo matemático del ECDC](#) en el que basa este argumento sugiere que aumentar el número de personas inmunizadas con dos dosis y un primer refuerzo ha demostrado ser clave para reducir la carga de muertes por COVID-19 hasta fines de octubre de 2022. La evidencia científica apunta que la efectividad de la vacuna contra las infecciones graves causadas por Omicron se mantiene alta, con una fuerte protección continua entre 80-90% alrededor de dos a tres meses tras de recibir el primer refuerzo, aunque hay muestras de que la protección decae ligeramente alrededor de tres a cuatro meses después.

En España, casi 4,1 millones de españoles mayores de 70 años recibieron la dosis de refuerzo hace más de seis meses. Lo que les convierte por su propia condición de organismo vulnerable en la diana más fácil para las nuevas caras del SARS-CoV-2. Por eso, el modelo del ECDC estima que una segunda dosis de refuerzo solo en personas de 80 años o más previene hasta siete muertes cada 10.000 dosis. Esto se debe a que la gravedad de la COVID-19 aumenta considerablemente con la edad y a que el principal beneficio de las vacunas es reducir el impacto de la misma.

Un grupo de investigadores han logrado aislar por primera vez en Hungría el virus Lloviu, un pariente cercano del virus del Ébola, lo que pone en valor la necesidad de llevar a cabo futuras investigaciones para garantizar la preparación ante una pandemia.

El virus Lloviu es parte de la familia de los filovirus, que incluye el virus del Ébola. Mientras que el Ébola (y otros filovirus, incluido el virus de Marburg, igualmente patógeno) solo se han producido de forma natural en África, el Lloviu se ha descubierto en Europa.



Murciélago de Schreiber (*Miniopterus schreibersii*)

El virus Lloviu fue identificado a través de su material genético en 2002 en murciélagos de Schreiber (*Miniopterus schreibersii*) en la Cueva del Lloviu, en Asturias, España.

El [estudio](#) destaca que, como virus zoonótico, el virus Lloviu es de interés para la salud pública en todo el mundo debido a la estrecha relación con los animales en la agricultura, como mascotas y en el medio natural.

Este riesgo se ha incrementado en los últimos años con la destrucción continua y la invasión de los hábitats naturales de muchas criaturas salvajes. La Organización Mundial de la Salud afirma que “las zoonosis comprenden un gran porcentaje de todas las enfermedades infecciosas recientemente identificadas, así como muchas de las existentes”.

El estudio ha revelado que el virus Lloviu tiene el potencial tanto para infectar células humanas como para replicarse. Esto plantea preocupaciones sobre la posible transmisión generalizada en Europa y exige estudios virológicos y de patogenicidad inmediatos.

El trabajo no reveló reactividad cruzada de anticuerpos entre el virus Lloviu y el Ébola, lo que sugiere que las vacunas existentes contra el Ébola pueden no proteger contra Lloviu, en caso de que se transmita al ser humano.

Es vital conocer más sobre la distribución de este virus y que se realicen investigaciones en esta área para evaluar los riesgos y garantizar la preparación para posibles epidemias y pandemias.

Los investigadores sostienen que queda claro que existe una brecha de conocimiento considerable con respecto a la patogenicidad, los huéspedes animales y la transmisibilidad de estos virus recién descubiertos.

Los científicos tiene como objetivo llevar a cabo más investigaciones esenciales en toda Europa sobre los riesgos del virus Lloviu para los humanos, además de otras familias de virus, incluidos coronavirus y lyssavirus, que tienen como huéspedes a los murciélagos.

Un habitante del taluk de Sagar, infectado con la enfermedad del Bosque de Kyasanur, murió en un hospital de Manipal el 3 de mayo.

El hombre, de 56 años, se quejó de fiebre el 24 de abril. Fue ingresado en el hospital gubernamental de Sagar y luego fue trasladado a Manipal en el distrito de Udupi. Sin embargo, su estado no mejoró y sucumbió a la enfermedad.

El caso pertenecía al Gram Panchayat de Aralagodu, en donde en los años 2019-20 se informaron muchos casos de enfermedad del Bosque de Kyasanur, y murieron más de 20 personas.

La Secretaría de Salud y Bienestar Familiar está realizando un relevamiento en la localidad para identificar a otras personas con síntomas de la enfermedad.

La enfermedad del Bosque de Kyasanur es una enfermedad zoonótica reemergente asociada con la aparición repentina de fiebre alta, postración, náuseas, vómitos, diarrea y, en ocasiones, manifestaciones neurológicas y hemorrágicas. El virus que la causa es miembro del género *Flavivirus*, familia *Flaviviridae*. Se transmite al hombre por la picadura de garrapatas infectadas. La enfermedad del Bosque de Kyasanur se descubrió en 1957 en el área forestal de Kyasanur, distrito de Shimoga, estado de Karnataka, en el sur de India. También se conoce como “enfermedad del mono” o “fiebre del mono” debido a su asociación con la muerte de estos animales.

Inicialmente, se sospechó que el virus de la enfermedad del Bosque de Kyasanur (KFDV) formaba parte de un complejo de virus ruso de primavera-verano (RSS). Hasta el momento, el KFDV solo ha sido informado en India. Otros virus estrechamente relacionados con el KFDV son el virus de la fiebre hemorrágica de Omsk en Siberia, el virus Alkhurma de Arabia Saudí y el virus Nanyangyin de China.

La enfermedad se informó por primera vez en 1957 en el distrito de Shimoga, Karnataka, que es un territorio selvático primitivo en los Ghats occidentales de India, y posteriormente se propagó hacia otros distritos de Karnataka: Chikkamagalore, Uttara Kannada, Dakshina Kannada, Udupi y Chamarajanagar, en 2012, y en 2016 en Belagavi. En 2013, se detectó el KFDV en material de autopsia de monos muertos en el distrito de Nilgiris, estado de Tamil Nadu. Se han informado muertes de monos y casos humanos en tres estados vecinos que limitan con Karnataka: los distritos de Wayanad (2013) y Malappuram (2014) de Kerala, el distrito de North Goa (2015) del estado de Goa y el distrito de Sindhudurg (2016) de Maharashtra.

Una serie de pequeños mamíferos que habitan en los bosques, como roedores, musarañas, murciélagos insectívoros y muchas aves, mantienen el ciclo enzoótico natural del virus en el ecosistema forestal. Los primates salvajes, los langures cara negra (*Semnopithecus entellus*) y los monos de gorro de cara roja (*Macaca radiata*) contraen la infección del virus por picadura de garrapata y son susceptibles a la infección. El hombre es un hospedador incidental terminal. El ganado es muy importante para mantener la población de garrapatas.

Las garrapatas duras pertenecientes a la familia *Ixodidae* del género *Haemaphysalis* son tanto reservorios como vectores del virus. Las garrapatas importantes que se sabe que transmiten el KFDV incluyen: *Haemaphysalis spinigera*, *H. turturis*, *H. kyasanurensis*, *H. kinneari*, *H. papuana*, *H. wellingtoni*, *H. minuta*, *H. cuspidata*, *H. bispinososa*, *Dermacentor auratus* e *Ixodes petauristae*.

Las garrapatas son ectoparásitos hematófagos obligados de mamíferos, aves y reptiles. Las principales garrapatas vectoras, *Haemaphysalis spinigera* y *H. turturis*, habitan en los suelos y la vegetación de los bosques y también infestan a varios pequeños mamíferos y aves. Los seres humanos se infectan a través de la picadura de ninfas no alimentadas infectadas, que parecen ser más antropofílicas que las garrapatas maduras. El KFDV se transmite de la larva infectada a la ninfa y al adulto manteniendo la transmisión transovarial y transtadial del virus en el ecosistema.

La enfermedad del bosque de Kyasanur generalmente se presenta con un inicio repentino de fiebre alta con escalofríos, dolor de cabeza frontal intenso, mialgia severa y dolores corporales. Suelen observarse sensibilidad muscular, fotofobia, náuseas, vómitos y diarrea. La temperatura puede ser tan alta como 40°C y durar de 5 a 12 días, y hay postración intensa. En algunos casos, los síntomas hemorrágicos pueden ocurrir en una etapa temprana en forma de sangrado de la nariz, las encías y los intestinos, como lo demuestra la hematemesis o la sangre fresca en las heces. Algunos pacientes presentan tos persistente, con esputo con sangre y, en ocasiones, hemoptisis importante, pero por lo general se resuelve pronto. Puede haber adenopatías cervicales, axilares y epitrocleares. Una lesión papilo-vesicular en paladar blando es un hallazgo constante en la mayoría de los casos.

En casos severos, se notan síntomas neurológicos como rigidez de nuca, alteración mental, temblores, vértigo y anomalías en los reflejos. Los casos no tratados progresan rápidamente a convulsiones, coma y muerte. Pocos casos muestran un cuadro bifásico de la enfermedad. La segunda fase de la enfermedad ocurre después de la fase febril, en promedio, a partir del día 8 en adelante. Esta fase se inicia con dolor de cabeza, postración severa que progresa a signos y síntomas de compromiso del sistema nervioso central que en muy pocos casos se presenta como meningoencefalitis. Las manifestaciones hemorrágicas pueden ocurrir en ambas fases, y el sangrado severo de varios sitios puede provocar shock y muerte.

La letalidad es de 2-10%. La letalidad es mayor en los ancianos y en pacientes con condiciones comórbidas como enfermedades hepáticas (alcohólicas), etc.



Doce personas han muerto en lo que va del año en Irak por la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo y otras 55 personas están infectadas, mientras que la cifra de contagios va en aumento pese a que la transmisión de esta enfermedad había estado limitada en los últimos años en el país, según informaron fuentes oficiales el 10 de mayo.

“El último informe oficial del Ministerio de Salud sobre la fiebre hemorrágica viral dio cuenta de 55 infectados y 12 muertos”, destacó el portavoz de la cartera, Saif Al-Badr.

Al-Badr precisó que la transmisión de la enfermedad estaba “limitada en los últimos años, pero ahora la cifra de las infecciones está aumentando”, y añadió que “la mayoría de los enfermos están mejorando”.

Aseguró que la gran mayoría de los contagios se ha dado en la provincia sureña de Di Qar y quiso hacer hincapié en que “la enfermedad no es nueva y existe desde hace 50 años”.

Pero afirmó que “no hay vacuna o antiviral para esta enfermedad, pero esto no significa que el ciudadano no reciba ningún tratamiento”, dado que podría recibir atención en las primeras fases de la infección, aclaró Al-Badr.

No obstante, lamentó la falta de tratamientos si la enfermedad llega a una “etapa peligrosa”.

“La fiebre hemorrágica se transmite a través del contacto directo con un animal o a través de una garrapata”, explicó Al-Badr, y destacó la necesidad de que “los carniceros se comprometan a sacrificar en lugares designados y mantenerse alejados de las matanzas desorganizadas”.

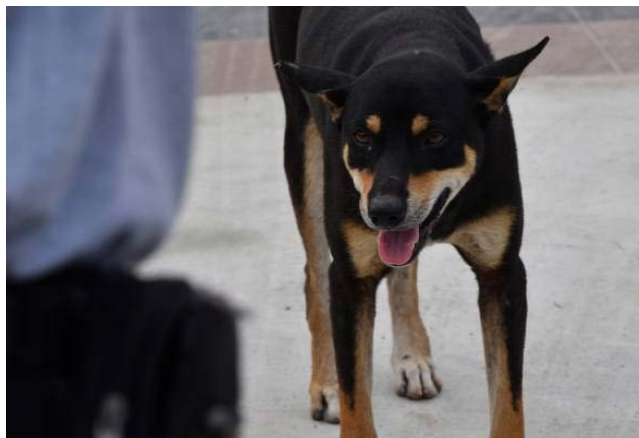
La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una enfermedad transmitida por la picadura de las garrapatas, aunque también se puede contraer por contacto con la sangre o tejidos de otros animales infectados.

Los primeros casos en humanos de esta enfermedad fueron dados a conocer por investigadores soviéticos en la década de 1940 y el virus se aisló por primera vez en el Congo en 1956.

La Organización Mundial de la Salud señaló el pasado abril que los cambios en las temperaturas globales están permitiendo la expansión de los mosquitos que transmiten enfermedades como la fiebre amarilla o la malaria, o de las garrapatas que pueden provocar la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.

El Departamento de Salud del Estado de Selangor informó que se confirmó que otro anciano había contraído rabia en el distrito de Kuala Langat el 22 de abril, lo que lo convierte en el segundo caso en el estado hasta el momento.

El director de salud de Selangor, Sha'ari Ngadiman, dijo que el último caso involucró a un paciente de 85 años que ingresó en el Hospital Tengku Ampuan Rahimah Klang (HTAR) el 20 de abril.



Sha'ari dijo que la víctima fue remitida primero a la Clínica de Salud Telok Panglima Garang debido a una anemia antes de ser admitida en el HTAR.

Dijo que los familiares de la víctima encontraron que el comportamiento del anciano había cambiado porque era una persona activa y capaz de valerse por sí mismo.

El examen encontró que tenía una herida en la pierna derecha que no había sanado durante los últimos dos meses. Durante las últimas dos semanas, también se quejó de dolores de cabeza y pérdida de apetito. Tenía antecedentes de haber sido mordido por un perro salvaje en su área residencial en Carey Island hace dos meses.

Sha'ari dijo que el 22 de abril se realizó una muestra de líquido cefalorraquídeo, y el Instituto de Investigación Médica (IMR) confirmó que era positivo para rabia.

El anciano ahora se encuentra en condición estable y todavía está siendo tratado en la sala de aislamiento del HTAR, dijo.

El Departamento de Salud de Selangor informó el 10 de abril sobre la muerte de un hombre local que se confirmó que estaba infectado con rabia el 4 de abril.

La Organización Mundial de Sanidad Animal declaró a Malasia libre de rabia en 2012, tres años después del último evento. Desafortunadamente, en 2015 la enfermedad volvió a aparecer. Esto sucedió en los dos territorios principales de Malasia: Malasia Peninsular y Malasia Oriental (compuesto por los estados de Sabah, Sarawak y Labuan o Borneo de Malasia, en la parte norte de la isla de Borneo, que se comparte con Indonesia).

Selangor es un estado en la costa oeste de Malasia peninsular, que rodea la capital Kuala Lumpur.



MALASIA

SIGNIFICATIVO AUMENTO DE LA
ENFERMEDAD DE MANOS, PIES Y BOCA

08/05/2022

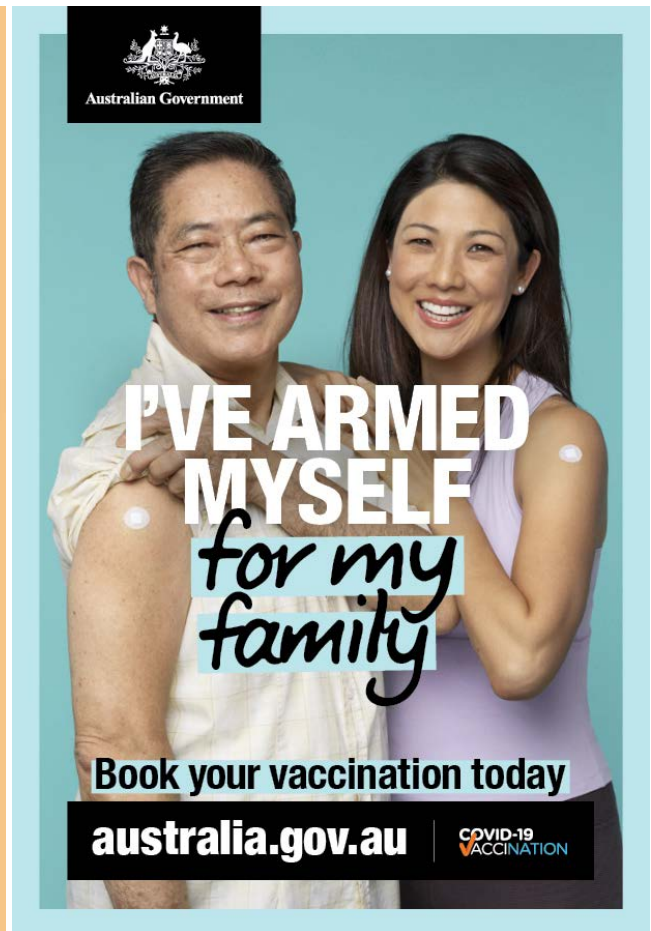
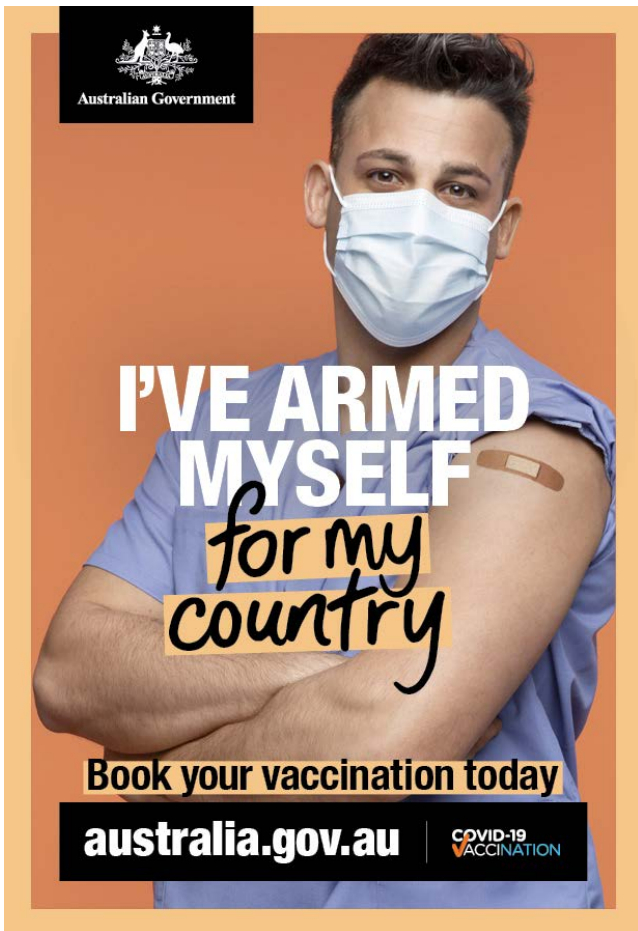
Durante los primeros cuatro meses de 2022, los funcionarios de salud de Malasia informaron un total de 22.463 casos de enfermedad de manos, pies y boca en todo el país, un aumento de 12,8 veces en comparación con el mismo período en 2021, en el que se registraron solo 1.752 casos.

De ese total de 22.463 casos, 21.508 (96% del total), se notificaron en niños de 0 a 6 años.

Hasta la fecha, se ha notificado un total de 767 brotes en Malasia, donde los tres estados con mayor número de brotes registrados son Kuala Lumpur-Putrajaya, con 259 brotes (33,7%), seguidos de Selangor con 100 brotes (13,0%) y Perak 98 brotes (12,8%). La mayoría de los brotes ocurrieron en jardines de infantes/preescolares, con 600 brotes (72%), seguidos de hogares privados con 186 brotes (24%) y también guarderías con 26 brotes (4%).

La enfermedad de manos, pies y boca es causada por Enterovirus, la mayoría de los casos por Coxsackie Virus A16 y Enterovirus 71 (EV71). El virus se transmite por contacto con saliva, ampollas y heces. La infección suele ser leve con síntomas de fiebre seguidos de una erupción con ampollas en las manos, los pies, la boca y la lengua. Casi todos los pacientes con enfermedad de manos, pies y boca se recuperan sin tratamiento dentro de los siete a diez días. Sin embargo, la infección por EV71 puede causar complicaciones graves como encefalitis, edema pulmonar y miocarditis.

Publicidad relacionada con la salud



Gobierno de Australia. Agosto de 2021.

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.