



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.382

25 de junio de 2014

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Nuestra Señora
de la Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Fariás

Editores Asociados

Jorge S. Álvarez (Arg.)
Hugues Aumaitre (Fra.)
Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Isabel Cassetti (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

(Haciendo clic sobre el titular accederá directamente a las mismas)

Argentina

- Vigilancia de leishmaniosis visceral
- Monitorean la acción del VPH no sólo en el cáncer de cuello de útero
- Santa Fe: Es bajo el porcentaje de vacunación contra la influenza en niños y embarazadas

América

- Chile: Situación epidemiológica de la enfermedad meningocócica
- Colombia, Casanare: Confirman un caso de fiebre amarilla en un mono
- El Salvador: Los casos de dengue siguen en alza, pero aún no hay alerta
- Estados Unidos: El MERS-CoV no se propagó en ninguno de los dos casos registrados en el país
- Paraguay: Los juguetes se visten de luto por la mortalidad infantil

- Perú: Confirman dos casos importados de fiebre chikungunya

El mundo

- África Occidental: La OMS asume que la epidemia de enfermedad por virus Ébola no está controlada
- China: En mayo empeoró la contaminación en las principales ciudades del país
- Corea del Sur: Alertan sobre las enfermedades transmitidas por garrapatas
- Europa: Promueven la formación de epidemiólogos para reforzar la seguridad sanitaria en el Mediterráneo
- Irlanda: Advierten sobre el riesgo de infección por *Escherichia coli* a causa del consumo de agua de pozo
- Sudán del Sur, Yuba: Se estabilizan los casos de cólera, pero se mantiene la alerta

Adhieren:



www.circulomedicocba.org/



www.apinfectologia.org/



www.slamviweb.org/



www.consejomedico.org.ar/



www.sadip.net/



www.said.org.ar/



www.sap.org.ar/



www.apargentina.org.ar/

Argentina

Vigilancia de leishmaniosis visceral

16 de junio de 2014 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2013/2014, hasta semana epidemiológica 18. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2013		2014	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	4	—
Buenos Aires	2	—	—	—
Córdoba	—	—	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	2	—	2	—
Centro	4	—	6	—
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	8	6	4	2
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	2	—
Misiones	60	—	52	4
NEA	68	6	58	6
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	—	—	—	—
Santiago del Estero	—	—	1	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	—	—	1	—
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	72	6	65	6



Monitorean la acción del VPH no sólo en el cáncer de cuello de útero

13 de diciembre de 2013 – Fuente: Universidad Nacional del Litoral (Argentina)

La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) se incorporó al calendario obligatorio de inmunizaciones de Argentina en 2011. El objetivo es inmunizar a las niñas contra los serotipos más agresivos del virus que se asocian directamente con el desarrollo de cáncer de cuello de útero. Si bien ese fue el blanco de la acción, se esperan repercusiones en otros cánceres asociados a este mismo virus.

El VPH tiene más de doscientos serotipos que incluyen los denominados 'de bajo riesgo', que son los que causan las verrugas genitales, y los 'de alto riesgo', que pueden provocar diferentes cánceres. Investigadores de la Universidad Nacional del Litoral (UNL), junto con profesionales del Hospital Provincial 'Dr. José María Cullen' de la ciudad de Santa Fe, son capaces de identificar este virus a nivel del material genético.

Mediante el uso de técnicas moleculares lograron identificar uno de los serotipos más agresivos, el VPH16, en una lesión papilomatosa ubicada en el esófago de un hombre que fue atendido en el Hospital Cullen. "Nos preguntábamos si se trataba de un genotipo oncogénico y supimos que efectivamente era del tipo 16", explicó Fabián Tedeschi, docente e investigador de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas (FBCB).

"Nos interesaba conocer el genotipo porque en la literatura no está determinado, por ejemplo, cada cuánto hacer los controles en un paciente portador de una lesión compatible a un papiloma. Si bien el papiloma tiene una tasa de

¹ Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

malignización muy baja, mucho va a depender de qué tipo de virus intervenga”, detalló Yanina Barbaglia, médica del servicio de gastroenterología del hospital y docente de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM).

Desde el laboratorio

Todo comenzó cuando un hombre de 36 años llegó al Hospital Cullen quejándose de dolor en la boca del estómago. Buscando la causa de este malestar, los médicos realizaron una endoscopia y fue allí que hallaron una lesión papilomatosa en el esófago del paciente. “Este papiloma no produce síntomas y no estaba vinculado con el dolor que presentaba el paciente. Fue un hallazgo secundario, por lo cual se procedió a la polipectomía y se envió el material a Anatomía Patológica”, contó Barbaglia.

El análisis patológico confirmó que se trataba de un papiloma, pero no es posible identificar solamente con la histopatología el serotipo del virus que lo provocó, por lo tanto se debe recurrir a la información genética para ser analizado en el laboratorio de Biología Molecular. Según explicó Tedeschi, hasta el momento no hay técnicas serológicas o moleculares validadas para estos casos. Se puede mandar a secuenciar el genoma para identificar el agente viral, pero pudieron hacer algo mucho más sencillo con una técnica de reacción en cadena de la polimerasa acoplado a un análisis con enzimas de restricción (PCR-RFLP). “Teniendo un laboratorio montado es fácil y los costos son mínimos, de modo que con poco podemos dar estos resultados”, subrayó Tedeschi.

En esófago

La transmisión del VPH es directa, por lo que afecta principalmente a los genitales y las zonas directamente expuestas a ellos. Este virus está asociado a una variedad de cánceres como el de cuello de útero, pene, ano, vagina, vulva y en la cavidad bucal (orofaríngea).

En el caso del cáncer de esófago, la infección por VPH no es la principal causa sino un factor de riesgo. “Si bien se encuentra VPH en un porcentaje importante de los pacientes con cáncer esofágico, la mayoría tienen otros factores de riesgo asociados, entre los que se destacan el tabaco y el alcohol”, amplió Barbaglia.

Para disminuir la incidencia del cáncer escamoso de esófago, los especialistas recalcan la necesidad de disminuir los factores de riesgo por lo que insisten en abandonar el hábito de fumar, el alcohol, en la vacunación contra el VPH y el uso de preservativo.

El equipo de investigación está formado por Yanina Barbaglia y Félix Jiménez del Servicio de Gastroenterología del Hospital Cullen y, por la UNL, Fabián Zalazar y Fabián Tedeschi del Laboratorio de Práctica Profesional de la FBCB.

El Litoral Santa Fe: Es bajo el porcentaje de vacunación contra la influenza en niños y embarazadas

20 de junio de 2014 – Fuente: El Litoral (Argentina)

En la provincia de Santa Fe, el Ministerio de Salud confirmó que todavía no hay circulación de virus de la influenza y se aseguró que la disponibilidad de la vacuna para los grupos de riesgo está garantizada en los hospitales y centros de salud, pero se advirtió que es fundamental que toda la población vulnerable se aplique la vacuna.

“Estamos en un excelente momento para que aquellos que aún no se vacunaron lo hagan. Es prioritario alcanzar mejores coberturas para que nuestra población de riesgo esté protegida”, recomendó Andrea Uboldi, titular de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud del Ministerio de Salud de Santa Fe.

“La vacuna, que está disponible en centros de salud y hospitales para los grupos de riesgo, es trivalente y protege contra las cepas A(H1N1), A(H3N2) y B. El objetivo de la inmunización es reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas ocasionadas por el virus de influenza en la población de riesgo en Argentina”, dijo la funcionaria.

Según las cifras del ministerio, 60% del personal de salud, 70% de los mayores de 65 años y 55% de las púerperas ya fue inmunizado, pero en el caso de las embarazadas sólo 35% se aplicó la vacuna y en los niños menores de dos años el porcentaje inmunizado no llega a 50%.

Las mamás que están atravesando un embarazo deben aplicarse la vacuna porque así se logra una rápida cobertura antes del parto y se logra la protección del binomio madre/bebé.

Dentro de los grupos de riesgo también se encuentran las personas con problemas genéticos, musculares o del desarrollo graves, severos trastornos respiratorios, problemas cardíacos, diabetes, insuficiencia renal crónica, alteraciones en las defensas (por VIH o medicación), enfermedades onco-hematológicas y tumorales, y también los trasplantados.

Hasta el momento se han aplicado 182.000 dosis de la vacuna antigripal en Santa Fe, según las estadísticas del Ministerio de Salud de la provincia.





Chile: Situación epidemiológica de la enfermedad meningocócica

16 de junio de 2014 – Fuente: Ministerio de Salud (Chile)

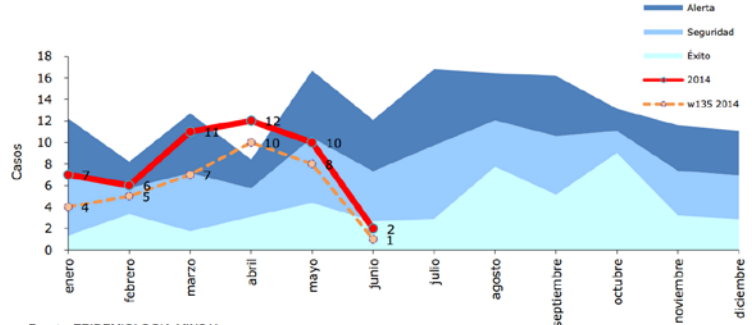
Entre el 1 de enero y el 13 de junio de 2014, se han registrado en Chile 48 casos confirmados de enfermedad meningocócica, cifra inferior a la del año anterior (50 casos), pero mayor a la mediana quinquenal (35 casos), presentándose durante el período de enero-marzo en la zona de alerta, en abril por sobre lo esperado, pero en el mes de mayo se mantuvo en zona de seguridad del corredor endémico.

Cabe destacar que la enfermedad meningocócica tiene una presentación estacional característica de los meses fríos, por lo que podría esperarse un aumento, sin que esto revista carácter de epidemia.

Continúa siendo prevalente el serogrupo W, con 83% del total de casos confirmados, seguido del grupo B.

El 56% son hombres, y los menores de un año representan la mitad de los casos (rango: 2 meses-85 años). Según el diagnóstico clínico, la meningococcemia alcanza a 54%, y se reportan 9 fallecidos (tasa de letalidad de 19%).

A nivel regional, más de la mitad reside en la Región Metropolitana. A pesar del bajo número de casos, la incidencia acumulada más alta de la enfermedad se presenta en las regiones de Los Ríos (0,8 cada 100.000 habitantes), Antofagasta (0,7) y Valparaíso (0,5).



Fuente: EPIDEMIOLOGIA-MINSAL

Gráfico 1. Corredor endémico mensual de enfermedad meningocócica. Chile, Año 2014. Datos al 16 de junio de 2014. Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

Llanera Colombia, Casanare: Confirman un caso de fiebre amarilla en un mono

19 de junio de 2014 – Fuente: Llanera (Venezuela)

El Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud (INS), confirmó como positivo para fiebre amarilla el análisis de las muestras enviadas de un mono aullador rojo (*Alouatta seniculus*) de la vereda El Progreso, del municipio de Maní.

Hasta el momento no se han detectado personas con síntomas asociados a fiebre amarilla; sin embargo, funcionarios del INS y la Secretaría de Salud Departamental están desarrollando acciones de control de esta epizootia. Las acciones son las siguientes:

- Búsqueda activa comunitaria de personas con síntomas febriles.
- Búsqueda de animales que hayan muerto recientemente en la zona, esto con la finalidad de tomar muestras que permitan confirmar o descartar la transmisión activa del virus.
- Captura y recolección de insectos por parte del laboratorio de Entomología.
- Búsqueda en los registros de atención de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud del municipio de Maní y en la red prestadora de segundo nivel del departamento de casos compatibles con el diagnóstico de fiebre amarilla.
- Intensificación de la vacunación contra fiebre amarilla en las áreas afectadas.

Es importante resaltar que la comunidad fue quien informó la muerte de varios primates en esta zona, por lo cual se ha realizado capacitación sobre fiebre amarilla, con la finalidad de que la población identifique la presencia de los síntomas, que consisten en fiebre, vómito, dolor de cabeza e ictericia.

Ante la presencia de estos síntomas, lo aconsejable es consultar de forma inmediata al médico y adoptar las medidas de prevención como son: cubrir las camas y hamacas con mosquiteros, inspeccionar constantemente los depósitos de agua en las viviendas para evitar la presencia de larvas de mosquitos, el uso de repelente y de vestimenta que cubra todo el cuerpo, así como evitar frecuentar la zona si no se cuenta con la vacuna contra la fiebre amarilla.²



Mono aullador rojo (*Alouatta seniculus*)

El Salvador: Los casos de dengue siguen en alza, pero aún no hay alerta

19 de junio de 2014 – Fuente: El Salvador (El Salvador)

En tan solo cuatro semanas, en El Salvador se registraron casi 1.000 nuevos casos de dengue y los números crecen semana a semana, pese a la jornada de combate a la enfermedad que se desarrolló entre el 5 y el 8 de abril.

² Maní es uno de los 19 municipios del departamento de Casanare en la región de la Orinoquia de Colombia. Es considerado la capital turística del Departamento. Dista 81,3 km de Yopal, la capital departamental, y 440 km de Bogotá. Tiene una extensión total de 3.860 km² y una población de 12.000 habitantes.

Es un municipio ubicado en la sabana del llano casanareño, que se dedica principalmente a la ganadería extensiva, el cultivo de arroz y la palma africana, y en menor escala a la industria petrolera.



El último reporte epidemiológico del Ministerio de Salud (MINSAL) detalla que desde enero hasta el 14 de junio, en el país 4.937 personas contrajeron el virus. Tres semanas atrás eran 3.962. Esto significa que el promedio diario de nuevos casos fue de 34, en el último mes.

Los nuevos casos positivos pasaron de 284, según el informe de la semana epidemiológica 21, a 361 pacientes en la semana 24, que abarca del 8 al 14 de junio.

En el año, se reporta un incremento de 110% de las pruebas positivas al virus con relación a 2013 en la misma fecha; en concreto son 2.588 enfermos más.

Los datos publicados por el MINSAL reflejan una incidencia superior a la notificada en los últimos tres años en el país y un poco similar a la de

la epidemia de 2010. En 2012, en estas fechas, se registraban 2.280 casos positivos de la infección, en 2011 fueron 779 y en 2010 registraban 5.039.

La enfermedad se ha diseminado aceleradamente, pero las autoridades aún analizan emitir una declaratoria de alerta en el país para frenar el avance de esa dolencia. Ya el 25 de marzo, la Dirección de Protección Civil y el MINSAL emitieron un aviso por el peligro que se desarrollara una epidemia. Desde hace varias semanas, las autoridades vienen analizando la situación.

El infectólogo Iván Solano Leiva declaró a inicio de la semana que las autoridades se han tardado en emitir una declaratoria. "Los mismos números que ellos publican lo avalan, de que estamos en una epidemia generalizada de dengue. Creo que debe haber una mayor transparencia y debe decretarse alerta epidemiológica", comentó Solano Leiva.

Jorge Meléndez, director de Protección Civil, manifestó que hay 50% más de personas hospitalizadas en comparación a 2013 y 37% más de casos sospechosos. "El análisis nos indica una orientación hacia una epidemia más grave que a la que hemos tenido anteriormente en la historia del país", expresó Meléndez.

El funcionario agregó que se preparan y coordinan con diferentes instituciones para emitir una alerta nacional estratificada en los próximos días.

Criaderos

El MINSAL y Protección Civil están pendientes de que la Asamblea Legislativa emita un decreto transitorio que permita sancionar a la población que no colabore en la destrucción de criaderos de mosquitos. "El vector se reproduce tan rápido que una o dos viviendas que no realicen sus labores de eliminación de criaderos, prácticamente tiran a la basura todo el esfuerzo que podemos hacer las decenas de miles de personas o familias que responsablemente están realizando las labores de eliminación", acotó el director de Protección Civil.

En el país, 12% de las viviendas tienen criaderos de mosquitos, de acuerdo con el último informe del MINSAL. Hace cuatro semanas el porcentaje era de 10,8%.

San Salvador es el departamento en que se identificó la mayor cantidad de viviendas con larvas, con 25%; le sigue Usulután y San Miguel con 15%, Chalatenango con 13% y Ahuachapán con 12%.

Hay zonas en San Salvador donde el porcentaje de hogares identificados con criaderos llega a 40%. "Eso refleja un descuido y una afectación a la salud de los demás", añadió el funcionario.

Elvia Violeta Menjivar, ministra de Salud, dijo que hay razones suficientes para que las familias destruyan los criaderos de mosquitos y, de esa manera, evitar enfermarse tanto de dengue como de la fiebre chikungunya, recientemente identificada en el país.

San Salvador es el departamento que refleja un mayor incremento de personas afectadas por el dengue: en el año se registran 1.497 casos positivos, 729 más que el año anterior en la misma fecha.



Estados Unidos: El MERS-CoV no se propagó en ninguno de los dos casos registrados en el país

17 de junio de 2014 – Fuente: HealthDay (Estados Unidos)

El potencialmente letal coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV) no se propagó de dos pacientes en Estados Unidos a ninguna persona en sus hogares ni a los trabajadores sanitarios que los atendieron, afirmaron el 17 de junio las autoridades sanitarias federales.

Los casos de MERS-CoV en Indiana y Florida se dieron en pacientes que trabajaron como proveedores de atención médica en Arabia Saudí, el epicentro del brote de la enfermedad. Se cree que se infectaron allí, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

El caso en Florida fue de un trabajador de atención médica de 44 años de Arabia Saudí que viajó a Orlando, donde comenzó a tener síntomas el 9 de mayo. Se recuperó y fue dado de alta del hospital el 19 de mayo, reportaron los CDC. El caso de Indiana fue el de un trabajador de atención médica que había viajado a Arabia Saudí y que volvió a Estados Unidos antes de enfermarse y ser hospitalizado en Indiana. Ese paciente fue dado de alta del hospital el 9 de mayo. Esos son los dos únicos casos conocidos de MERS-CoV documentados en Estados Unidos.

El MERS-CoV acaba con las vidas de alrededor de una cuarta parte de las personas que contraen el virus. Los síntomas normalmente incluyen falta de aliento, tos y fiebre, según los CDC.

Los dos casos fueron confirmados por los CDC en mayo. Como parte de su investigación, la agencia recolectó muestras de las personas que vivían en las casas de los pacientes, además de los trabajadores sanitarios que estuvieron en contacto cercano con ellos. Ninguno resultó positivo para una infección actual o previa con el MERS-CoV, dijeron los CDC.

Los hallazgos son tranquilizadores, porque muestran un riesgo bajo de transmisión del virus entre personas, según el Dr. David Swerdlow, que lidera la respuesta de los CDC ante el MERS-CoV.

Aunque el riesgo es bajo, "es importante que sigamos vigilando e identifiquemos y respondamos con rapidez a cualquier importación adicional" del virus, apuntó.

Además de evaluar a las personas que vivían con los pacientes y a los equipos de atención médica, los CDC y otras agencias de salud se han puesto en contacto con todas las personas que viajaron en aviones o autobuses con los dos pacientes.

Ninguno de los demás viajeros que fueron evaluados mostró ninguna señal de estar infectados con el MERS-CoV. Pero las investigaciones y las pruebas voluntarias continúan, y la situación podría cambiar, según los CDC.

Mientras tanto, los casos de MERS-CoV siguen aumentando en Medio Oriente y otros lugares. Según la actualización más reciente publicada por la Organización Mundial de la Salud el 16 de junio, había 701 casos de MERS-CoV confirmados en laboratorio reportados en todo el mundo, lo que incluye al menos 249 muertes.

Los CDC describieron varias formas cotidianas de protegerse del MERS-CoV y de otros virus que provocan enfermedades respiratorias: lavarse las manos con frecuencia, no tocarse la cara con las manos sin lavar, evitar el contacto cercano con las personas que parezcan enfermas, y limpiar las superficies que son tocadas con frecuencia.



Perú: Confirman dos casos importados de fiebre chikungunya

23 de junio de 2014 – Fuente: Perú21 (Perú)

El Ministerio de Salud (MINSA) confirmó dos casos importados de fiebre chikungunya en Perú. La detección oportuna obedece al sistema de vigilancia implementado y a las acciones del Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente a la Fiebre Chikungunya 2014.

Así lo informó Martín Yagui, director de Epidemiología del MINSA, quien dio a conocer que los casos fueron detectados de inmediato luego de un trabajo epidemiológico realizado al conocerse que los pacientes tenían los síntomas frecuentes de fiebre muy alta y dolores articulares muy fuertes.

Se trata de dos peruanos (un varón de 40 años y una mujer de 31) que viajaron a República Dominicana y que al retornar al país presentaron síntomas de la enfermedad. Las muestras fueron confirmadas por el Instituto Nacional de Salud (INS).

Yagui dijo que se han adoptado todas las medidas de control en torno a estos dos casos y que se cuenta con la tecnología necesaria para el diagnóstico y los medicamentos para el tratamiento y la atención.

Alerta sanitaria en Centroamérica

El inminente desembarco del virus Chikungunya, ha puesto en alerta sanitaria a Centroamérica. La enfermedad, originaria de África, se ha extendido en pocos años a una velocidad vertiginosa por los cuatro costados del planeta. Su última zona de propagación epidémica ha sido el Caribe, donde en diciembre de 2013 se detectaron dos afectados y ahora ya son más de 5.200 los casos confirmados (21 muertos) y 183.000 los sospechosos. Desde ese enclave, en el que sigue multiplicándose, ha dado su nuevo y amenazador salto a tierras mesoamericanas. En El Salvador ya se han registrado 1.200 casos, Venezuela ha reconocido 12, Cuba otros seis y Panamá dos. Ante esta incipiente expansión, México ha fortalecido su red de detección, Guatemala ha declarado la alerta sanitaria preventiva y Honduras han empezado a formar equipos de respuesta. Tanto Costa Rica como Nicaragua ya trabajan con la idea de que el virus aparecerá de un momento a otro.

Uno de los mayores problemas para su erradicación radica en que la transmisión depende habitualmente de dos variedades de mosquitos, *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*, cuyas zonas de acción comprenden desde climas tropicales hasta templado-frías, y con horarios de trabajo francamente intensos: atacan desde primera hora de la mañana hasta que cae el sol, ya sea al aire libre o en espacios cerrados. Los efectos se notan, además, de cuatro a ocho días después de la picadura lo que dificulta la localización.

Los mapas epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud muestran que el virus, originalmente radicado en África, se ha propagado, al compás de la globalización, con enorme ímpetu. Primero se expandió hacia el este de África cruzando el Índico y arrasando el sur de Asia. "Desde 2005, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar y Tailandia han notificado más de 1,9 millones de casos", señalan los expertos de la OMS. Con menos fuerza, la enfermedad también ha tocado Europa. En Italia se trató en 2007 a casi 200 enfermos. Y en Catalunya, España, en el último mes, se han registrado ocho casos importados.

Pero la nueva gran zona de expansión ha sido el Caribe, la plataforma perfecta para su entrada en América continental. La cabeza de puente, de momento, es El Salvador, con 1.200 casos y donde ya han empezado las fumigaciones sistemáticas, uno de los métodos tradicionales para combatir esta plaga. "Nos enfrentamos a una nueva enfer-



edad, pero estamos preparados para la lucha”, señaló Elvia Violeta Menjívar, ministra de Sanidad salvadoreña. La rápida propagación en este país se ha debido, según los expertos, a la fuerte implantación del mosquito vector y a que, al tratarse de una enfermedad desconocida en la región, la población no ha desarrollado aún ninguna barrera inmunológica.

Una de las mayores dificultades para frenar en Centroamérica el avance del virus radica en la proximidad de su mayor granero: el Caribe. Solo en República Dominicana, Haití, Martinique y Guadeloupe se han registrado este año unos 150.000 casos sospechosos y casi 4.000 confirmados, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Con este febril caldo de cultivo, la diáspora del virus hacia los países colindantes resulta extremadamente fácil. Y basta con que un enfermo sea picado por una de las variedades de mosquito descritas para que el insecto se convierta en un acelerado vector de transmisión. “No hay forma de impedir que el virus Chikungunya entre al país, no se puede cubrir con un mosquitero a todo un país, hay centenares de vuelos entre Costa Rica y los países caribeños”, señaló un alto responsable sanitario costarricense.

Y el paso a Centroamérica del chikungunya supone su instalación a las puertas del gran gigante americano, de Estados Unidos, donde ya se han registrado 80 casos, aunque ninguno continental. La posibilidad de esta expansión ha sido contemplada desde 2006 por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), uno de los organismos rectores en la prevención de epidemias. Para evitarlo ha desplegado una red de laboratorios de referencia y puesto en marcha programas de análisis rápido y entrenamiento a personal sanitario, en colaboración con la OPS. También ha emitido recomendaciones a los viajeros, sobre todo al Caribe, para evitar la infección y lograr una rápida detección en caso de síntomas.



Paraguay: Los juguetes se visten de luto por la mortalidad infantil

18 de junio de 2014 – Fuente: EFE

Los muñecos de dos jugueterías de Asunción amanecieron el 18 de junio vestidos de luto como símbolo de la tristeza por la mortalidad infantil en Paraguay, una de las más altas de la región, como parte de una campaña que aspira a despertar a la sociedad para salvar vidas.

Cada día mueren en el país cuatro bebés menores de 28 días, tres de ellos por causas prevenibles, según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

“La tasa de mortalidad neonatal en Paraguay es exactamente la misma que hace 20 años”, dijo Rosa Elcarte, la representante de la organización en el país.

El UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), agencias de cooperación, sociedades científicas y el Ministerio de Salud han lanzado una campaña para llamar la atención sobre el problema, bajo el lema ‘Un bebé cambia la vida, su muerte también’, que comenzó con el gesto en las jugueterías.

Los organizadores han instado a la población a hacerse fotos con el mensaje #CeroMuertesEvitables y colgarlas en las redes sociales.

Además, el 19 de junio tuvo lugar el lanzamiento de una movilización nacional en un acto en el Palacio de López, la sede presidencial, en el que participo el mandatario, Horacio Manuel Cartes Jara.

“La campaña trata no solo de involucrar al Ministerio de Salud, sino a toda la población, empezando por las propias mujeres, para que vayan al centro de salud”, explicó Elcarte.

También pidió a las empresas que las dejen salir para hacer los controles médicos del embarazo y que se instalen albergues para que mujeres de zonas rurales puedan estar próximas a los hospitales cuando se acerca el momento de alumbrar.

Cada día tres mujeres fallecen por complicaciones en el parto y en los días siguientes en Paraguay, como hemorragias, toxemia y complicaciones postaborto.

El número de defunciones bajó de 164 cada 100.000 nacidos vivos en 2000 a 89 en 2011, pero aun así Paraguay sigue siendo uno de los países latinoamericanos con peores resultados, según el UNICEF.

La organización lo atribuye a las ‘tres demoras’: la demora de las mujeres en reconocer las señales del trabajo de parto y salir de casa, a veces por la ausencia del marido o de alguien que las ayude con los niños; la demora en llegar al hospital por la deficiencia del transporte; y la demora en ser atendidas allí.

“Cuando la madre llega tarde al centro de salud y el bebé ya se encuentra en el canal de parto aumenta la posibilidad de complicaciones respiratorias, la mayor causa de muerte de los bebés, que también se exponen a nacer con discapacidades –dijo la pediatra española–. Otro factor que afecta la salud del recién nacido es la falta de controles médicos durante el embarazo”.

La atención inadecuada a las parturientas en los hospitales es otra faceta del problema, por lo que el Ministerio de Salud inició un programa de capacitación.

Se centrará inicialmente en los seis departamentos con las peores tasas: Alto Paraná, Guairá, Caaguazú, Canindeyú, Concepción y Ñeembucú, según informó el Ministerio.



El UNICEF cree que los datos que maneja pueden incluso subestimar el problema, pues considera que en algunos casos las mujeres dan a luz en sus casas y el niño muere por problemas en el parto. "Nadie se entera ni que ha existido", dijo Elcarte.

La representante del UNICEF manifestó que es posible que al principio de la campaña las cifras empeoren, al incorporarse esos nuevos registros ahora ocultos, pero dijo tener esperanza de que una mayor conciencia de la sociedad contribuya a bajar la mortalidad.

El mundo



África Occidental: La OMS asume que la epidemia de enfermedad por virus Ébola no está controlada

24 de junio de 2014 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que la epidemia de enfermedad por virus Ébola (EVE) que azota África Occidental, en Guinea, Sierra Leona y Liberia, no está controlada, pero aseguró que está haciendo todo lo necesario para frenar su expansión.

"Es la primera vez que estamos ante una epidemia de estas características, con focos activos en tres países distintos y en una región donde nunca antes había aparecido el virus. La epidemia no está controlada, y no lo estará hasta que pasen 42 días (dos periodos de incubación) después que la última persona infectada haya desarrollado la enfermedad", afirmó Fadéla Chaib, portavoz de la OMS.

El 22 de junio, la organización no gubernamental Médicos Sin Fronteras (MSF) denunció que la epidemia estaba sin control y pidió más medios y más personal para intentar pararla.³

El número de fallecidos a causa de la epidemia de EVE en África Occidental asciende ya a 350, y decenas de nuevos casos se han registrado en los últimos días en Guinea, Sierra Leona y Liberia, los tres países donde por ahora se han detectado infecciones.

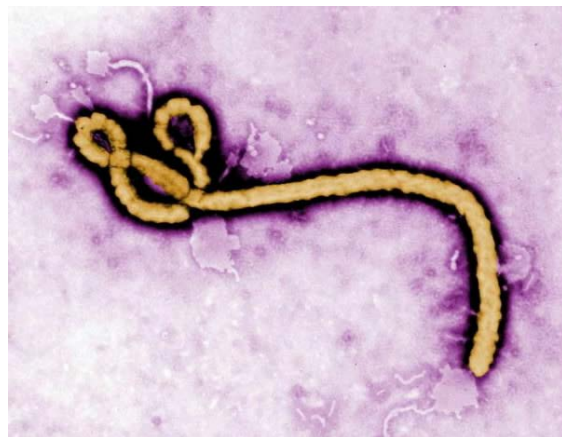
Chaib anunció el 24 de junio que la OMS activó la Red Global de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) –una red formada por agencias internacionales, gobiernos, universidades, y otras entidades– y solicitó especialistas en diversas áreas que puedan viajar a los tres países implicados para intentar contener el brote.

"Lamentablemente, aún vemos que uno de los principales problemas para frenarla es la poca conciencia de la población sobre los riesgos relacionados con los enfermos. Aún muchos no los llevan al hospital y los dejan en casa, o los tocan y abrazan una vez fallecidos, lo que permite el contagio", explicó la portavoz.

Chaib recordó que la OMS ha organizado una reunión de alto nivel a principios de julio para debatir sobre la epidemia y las acciones urgentes que se deben implementar para frenarla. La cita tendrá lugar en Accra, capital de Ghana, a la que se invitará a todos los ministros de Salud de la región, un encuentro que sigue a otro que realizaron el 20 de junio los tres ministros de Sanidad de los países afectados.

"En esa reunión se dieron cuenta de que era importante que toda la región estuviera implicada en los planes de contingencia y por eso organizamos la de Accra", añadió Chaib.

Esta es la primera vez que se identifica y se confirma una epidemia de EVE en África Occidental, pues hasta ahora siempre se habían producido en África Central.



China: En mayo empeoró la contaminación en las principales ciudades del país

23 de junio de 2014 – Fuente: China Daily (China)

La contaminación en China empeoró en mayo en comparación con igual período de 2013, con solo 18 días libres de polución, reportó el Ministerio de Protección Ambiental.

La información, acompañada de fotos de personas embozadas para protegerse de la toxicidad del aire en diversas localidades chinas, está basada en un análisis de ese Ministerio en 74 ciudades principales de este vasto Estado asiático.

En el delta del río Yangtzé, según el informe, solo 18 de los 31 días de mayo estuvieron mejor que en 2013 y en general la calidad del aire empeoró, en particular la elevada concentración de las partículas PM2,5, que son las más peligrosas para la salud humana según los especialistas.



³ Ver 'África Occidental: La epidemia de enfermedad por virus Ébola "está totalmente fuera de control"' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° [1.380](#), de fecha 23 de junio de 2014.

Aunque no se ofrecieron detalles sobre el nivel del incremento de esas partículas, funcionarios comentaron que más sol, temperaturas y la quema de hojas y hierbas secas son las principales razones del deterioro de la calidad del aire en el delta del Yangtzé.

Las ciudades de Nanjing, Changzhou y Zhenjiang, todas en la provincia de Jiangsu, figuraron entre las 10 con peor calidad del aire en mayo, y es la primera ocasión que tres urbes de la misma región aparecen en la lista de las más contaminadas. Antes habían sido nombradas dos.

Sin embargo, 13 ciudades en el conjunto de Beijing, Tianjin y Hebei estuvieron un poco mejor que en mayo de 2013, con tres días adicionales sin alta contaminación.

En resumen, el informe afirma que a nivel nacional la calidad del aire fue peor que en abril pasado y que en mayo del año anterior y que los principales contaminantes fueron los PM_{2,5}, los PM₁₀ y el ozono.

Un experto de la Academia de Investigaciones de la Ciencias Ambientales dijo que la creciente concentración de ozono es típica cuando las temperaturas se elevan en el período de mayo a septiembre.

Arirang Corea del Sur: Alertan sobre las enfermedades transmitidas por garrapatas

21 de junio de 2014 – Fuente: Arirang (Corea del Sur)

아리랑국제방송

Corea está en alerta máxima a raíz de un virus transmitido por garrapatas tras la primera muerte de este año en el país, que se reportó en mayo. Un hombre de alrededor de 60 años de edad murió a causa del mortal virus después de presentar los síntomas típicos de la fiebre severa con síndrome trombocitopénico (SFTS), que incluyen vómitos y fiebre elevada.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Corea estudiaron a las 35 personas en las que se ha confirmado el virus el año pasado. Según el informe, el número de pacientes fue mayor en junio de 2013, representando aproximadamente 25% del total, seguido por los meses de mayo, julio y septiembre.

De los 35 casos confirmados de SFTS, 16 han fallecido, elevando la tasa de letalidad hasta 46%.

La isla de Jeju presenta la mayor parte de los casos de infección. Las autoridades lo atribuyen a las temperaturas relativamente altas allí, donde es común observar a los anfitriones intermediarios de las garrapatas, como los caballos y los ciervos alimentándose en los pastizales.

Las autoridades sanitarias insisten en la importancia de tomar precauciones adicionales y evitar las picaduras de garrapatas, ya que no existen antivirales o vacunas contra el mismo. Aconsejan el uso de mangas largas y botas al participar en actividades al aire libre hasta octubre, cuando las garrapatas están más activas, especialmente durante la temporada de Acción de Gracias Coreana, cuando las personas acuden a las tumbas de la familia a presentar sus respetos.⁴

europa Europa: Promueven la formación de epidemiólogos para reforzar la seguridad sanitaria en el Mediterráneo

press

24 de junio de 2014 – Fuente: Europa Press

Europa promoverá la formación de epidemiólogos especializados para reforzar la seguridad sanitaria en el Mediterráneo mediante el proyecto MediPIET, financiado por la Dirección General de la Unión Europea, responsable de las políticas de Desarrollo y Cooperación (EuropeAid-DEVCO).

La iniciativa arrancó hace dos años bajo el liderato del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) y, próximamente iniciará su fase de consolidación a través de un consorcio del que forma parte el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Los países socios del programa son Albania, Armenia, Argelia, Bosnia Herzegovina, Egipto, El Líbano, Georgia, Jordania, Kosovo, Libia, Macedonia, Marruecos, Moldavia, Montenegro, Palestina, Serbia, Túnez y Ucrania. Israel y Turquía participan como observadores. Además, cuenta con la colaboración de los correspondientes centros de excelencia para la mitigación de los riesgos Nucleares, Radiológicos, Biológicos y Químicos (NRBQ) regionales.

En concreto, el proyecto tiene como objetivo contribuir, de forma armonizada con la Unión Europea (UE), a incrementar la seguridad sanitaria en la Región Mediterránea (incluyendo el Mar Negro), mediante el fortalecimiento de las capacidades de los servicios de salud pública para detectar, investigar y responder de forma adecuada ante amenazas para la salud, a través de un programa de formación de profesionales, tomando como modelos los programas de Epidemiología de Campo o de Intervención, tales como el Programa Regional Europeo de Formación en

⁴ El virus SFTS (SFTSV) es un phlebovirus de la familia *Bunyaviridae*. Parece estar más estrechamente relacionado con el serogrupo del virus Uukuniemi que con el grupo de la fiebre de la mosca de arena. Es miembro del serocomplejo del virus Bhanja. Fue aislado por primera vez en China a partir de muestras de pacientes con fiebre en 2009 y desde entonces ha sido detectado en Japón y Corea del Sur.

El cuadro clínico que provoca se conoce como fiebre severa con síndrome trombocitopénico (SFTS). Se trata de una enfermedad infecciosa emergente, que tiene una tasa de letalidad de 12%, pudiendo llegar a 30% en algunas áreas. Los principales síntomas clínicos del SFTS son: fiebre, vómitos, diarrea, fallo multiorgánico, trombocitopenia, leucopenia, y niveles elevados de enzimas hepáticas.

Aún no se conoce con exactitud el ciclo de vida del SFTSV, pero al parecer, sus vectores son las garrapatas *Haemaphysalis longicornis* y *Rhipicephalus microplus*, que parasitan a mamíferos anfitriones, entre los que se incluyen gatos, ratones, erizos, comadrejas y yaks. Los humanos son anfitriones accidentales, y no juegan un rol esencial en el ciclo de vida del SFTSV. La vía de transmisión del SFTSV todavía es desconocida, pero la transmisión persona a persona parece ser inexistente, o al menos no desempeña un rol de importancia.

El SFTS se presenta principalmente en áreas rurales, en los meses de marzo a noviembre, con una mayoría de casos entre abril y julio.

Epidemiología de Intervención (EPIET), o el Programa de Epidemiología de Campo Español (PEAC), desarrollado por el CNE-ISCIII.

Se desarrollará en dos fases: fase de preparación (2012-2014) liderada por el ECDC, y fase de implementación y consolidación (2014-2017), liderada por el consorcio formado por la Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP) y el ISCIII, a través del Centro Nacional de Epidemiología.

Para propiciar la transición adecuada entre ambas fases, el 24 de junio comenzó el primero de los tres talleres organizados en el ISCIII, los cuales finalizarán el próximo 26 de junio y contarán con la participación de representantes de los institutos de salud pública de los países integrantes.

RTE Irlanda: Advierten sobre el riesgo de infección por *Escherichia coli* a causa del consumo de agua de pozo

5 de junio de 2014 – Fuente: Radio Telefís Éireann (Irlanda)

El Servicio Ejecutivo de Salud ha advertido acerca de un número creciente de casos de infección por *Escherichia coli* productora de verotoxina (VTEC), una cepa particularmente grave de *E. coli*.

El análisis de los casos muestra que las personas tratadas por esta infección son cuatro veces más propensas a haber consumido agua no tratada de un pozo privado.

La Agencia de Protección Ambiental dijo que los dueños de pozos deben revisarlos para asegurarse que no están poniendo en riesgo la salud de sus familias o sus visitantes.

El aumento de las tarifas del servicio de agua hace que la posibilidad de perforar un pozo propio sea más tentadora; sin embargo, las consecuencias para la salud pueden ser graves si no se hace correctamente.

VTEC puede causar diarrea sanguinolenta severa y calambres abdominales, y en ocasiones da lugar a problemas renales permanentes.

Ha habido un dramático aumento en el número de casos de la infección, registrándose 704 casos el año pasado, un aumento de alrededor de 150% respecto de 2011. Irlanda tiene la mayor tasa de incidencia de VTEC de Europa.

La EPA ha lanzado en su página web la aplicación *Protect Your Well*, para ayudar a los propietarios de pozos a reducir el riesgo de contaminación.⁵



Sudán del Sur, Yuba: Se estabilizan los casos de cólera, pero se mantiene la alerta

17 de junio de 2014 – Fuente: Acción Contra el Hambre

Se estabilizan los casos de cólera, pero se mantiene la alerta. El Ministerio de Sanidad sursudanés confirma 1.720 casos detectados, entre los que han muerto 37 personas.

El complicado acceso a varias zonas del país y la falta de infraestructuras impiden confirmar todavía que se esté logrando contener la enfermedad en Yuba.

La estrategia de prevención e higiene de Acción contra el Hambre desde el 29 de mayo en los distritos de Yuba de Tongping, Amarat, Gonya, y Ministries ha permitido reducir el número de muertos.

En la actual epidemia de cólera es importante no bajar la guardia porque aunque los casos de afectados y muertos están descendiendo, siguen detectándose nuevos posibles focos en los que se debe actuar con rapidez para impedir que el virus salga de la capital. El escenario epidemiológico previsto para Yuba (población estimada de 500.000 habitantes) es de entre 5.000 y 10.000 casos (entre 1 y 2% de la población) y entre 100 y 1.250 muertes (entre 1 y 5%).

“El Gobierno sursudanés ha establecido puntos de control en todo el país para informar de forma inmediata, pero el complicado acceso a varias zonas del país, y las pésimas infraestructuras impiden confirmar todavía que estemos logrando contener el cólera en Yuba”, explica Roberto Arranz, Coordinador de Emergencia de agua, saneamiento e higiene de Acción contra el Hambre.

La población se muestra muy receptiva en los barrios donde Acción contra el Hambre lleva a cabo las campañas de sensibilización y formación desde hace dos semanas. “Les digo a mis hijos que se laven las manos con jabón y



Los puntos de agua son la principal causa de tensión entre los residentes y los desplazados. Acción contra el Hambre trabaja para mejorar el acceso al agua para las poblaciones.

⁵ El agua para beber, de pozos e incluso de servicios de agua municipales, como así también el agua de sitios recreativo y para natación, han sido fuentes de infecciones por *E. coli* enterohemorrágica. En los pozos, especialmente si no están bien construidos, el agua puede contaminarse con las heces de los reservorios animales del bacilo zoonótico. Los principales portadores son las vacas, pero la bacteria también puede estar presente en ciervos, ovejas, cabras y otros animales domésticos o silvestres.

que no coman la comida en la que hay moscas. También sé que debemos hervir el agua antes de beberla o utilizarla para cocinar”, comenta Joyce Ajaría en el mercado de Gudele (noroeste de la capital). “Los ciudadanos están alerta y son conscientes de que el cólera está activo, pero muchos piden más información para actuar con rapidez en cuanto comiencen los primeros síntomas de diarrea y vómitos”.

En el Hospital de Enseñanza de Yuba se ha creado un espacio con varias tiendas de campaña con capacidad para 20 camas cada una, además de la puesta en marcha del protocolo de higiene y desinfección (caminos y puntos de limpieza de zapatos y manos) para que enfermos, familiares y médicos estén protegidos.

Viola tiene 6 hijos a los que cuida ella sola. El pequeño de tres años presentó los primeros síntomas de cólera y decidió acudir al hospital: “Cuando empezó con los vómitos y la diarrea yo no sabía que era cólera. Cuando estoy en casa les cuido y estoy pendiente de que no jueguen con cosas sucias pero cuando me voy al trabajo no les puedo proteger. Dejo la casa ordenada y limpia pero cuando regreso es un desastre porque se cuidan entre ellos”.

Prevención e higiene como principal remedio

“Es complicado acceder a algunas zonas de la ciudad donde solo hay caminos de tierra que van sorteando los pequeños campos de cultivo, y donde el agua de las lluvias queda constantemente estancada, convirtiéndose en un nuevo foco de riesgo. Pero tenemos que pasar el mensaje y explicar a la población que hay normas de higiene básicas que pueden ayudarles a no contraerla”, asegura Chiara Saccardi, Coordinadora de la Respuesta de Emergencia de Acción contra el Hambre.

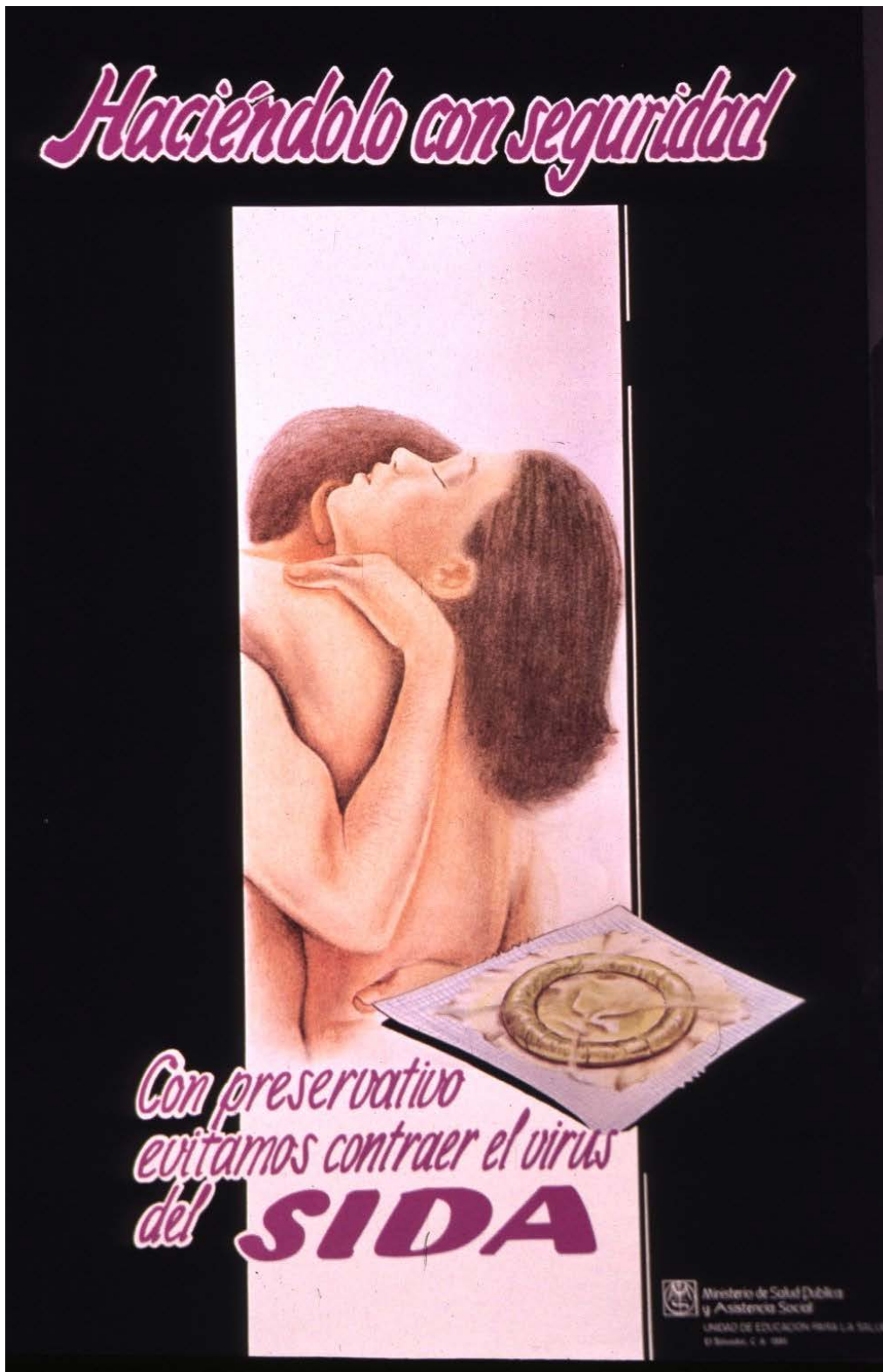
De hecho, de cada 10 casos sólo dos presentan síntomas y el resto son asintomáticos. Y de 20%, menos de la mitad se convierten en síntomas severos. “Es una bacteria que actúa con mucha rapidez, perdiendo una media de un litro por hora, por lo que es necesario hidratar al paciente y estabilizarle cuanto antes”, concluye Chiara.

El agua se ha convertido en el principal factor de riesgo en la epidemia que se está viviendo en Sudán del Sur. Y el hecho de que sólo 30% de la población tenga acceso a agua que procede de una planta depuradora estatal, significa que el resto la compran a camiones cisterna que suelen bombear el agua del río Nilo y distribuirla directamente.

Trabajando con la comunidad

Acción contra el Hambre trabaja con los miembros de los consejos locales para asegurar el importante papel que juega la comunidad en la lucha contra la enfermedad. “Es fundamental recordar a las familias que el cólera entraña graves riesgos y que existen precauciones simples que pueden tomarse para evitar la enfermedad”, señala Christine Yada, profesor de ciencias y miembro del Consejo Municipal de Yuba.

Acción contra el Hambre está realizando campañas de sensibilización en los lugares donde se detectan casos, y formaciones de 24 y 48 horas a voluntarios y líderes de la comunidad para identificar posibles casos y determinar cómo hacer frente a los múltiples factores de riesgo de este brote.



Unidad de Educación para la Salud – Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1991. El Salvador).

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 aquella persona interesada en recibir este 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.