



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

[www.reporteepidemiologico.com](http://www.reporteepidemiologico.com)



## Número 1.445

24 de septiembre 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 Farías

#### 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 carbunco cutáneo
- Argentina cumple tres décadas libre de poliomielitis
- Neuquén: Un niño de cinco años falleció por meningitis por neumococo

### América

- Bolivia, La Paz: Declaran epidemia focalizada de varicela
- Colombia: Los casos de fiebre chikungunya sobrepasan los 1.600
- Estados Unidos: Se recetan antibióticos a los niños con el doble de frecuencia que la necesaria
- Estados Unidos, California: Más de 350 personas infectadas por el virus del Nilo Occidental
- Guatemala: Registran 7.274 casos de dengue y cinco muertes por la enfermedad

### El mundo

- África Occidental: Los casos de enfermedad por el virus del Ébola podrían superar los 20.000 en noviembre si no se refuerzan las medidas
- China, Guangdong: Reportan 6.089 casos de dengue
- España, Catalunya: Tres muertos en un segundo brote de legionelosis en Ripollet
- Papúa Nueva Guinea, Madang: Preocupación ante el aumento de casos de sarampión
- Uganda: Resurge el virus Marburg en la población de murciélagos de la mina Kitaka después de los intentos de exterminio
- Nuevo método de diagnóstico para la esquistosomosis

### Adhieren:



[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)



[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)



[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)



[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)



[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)

## Vigilancia de carbunco cutáneo

19 de septiembre 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 32. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2013		2014	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	7	3	2	—
Córdoba	—	—	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	2	—	1	—
<b>Centro</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>—</b>
Mendoza	1	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
<b>Cuyo</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
<b>NEA</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	—	—	—	—
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	—	—	—	—
<b>NOA</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	1	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>—</b>

## Los Andes Argentina cumple tres décadas libre de poliomieltis

22 de septiembre de 2014 – Fuente: Los Andes (Argentina)

Argentina cumple este año su tercera década libre de poliomieltis, y Carla Vizzotti, coordinadora del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI) del Ministerio de Salud, atribuyó este logro a la persistencia de tres acciones combinadas que se vienen desarrollando desde esa cartera, como parte de una política de salud pública.

“Este año cumplimos 30 años sin poliomieltis y esto es gracias a tres pilares: una cobertura de vacunación elevada, una vigilancia sensible de un síndrome que se llama parálisis fláccida aguda en todos los niños menores de 15 años y ahora, con esta situación de emergencia sanitaria mundial, de todos los viajeros que vienen de países con poliomieltis”, aseguró.

Pero sobre todo durante las epidemias de mediados del siglo pasado, resultó decisiva la alianza del Estado con algunas organizaciones de la sociedad civil, en particular con la Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), que fue creada en 1943 para prevenir y paliar los efectos de la enfermedad.

“ALPI surgió al constatar que, después que se va el virus, había que recuperar todo lo que se pueda de tu cuerpo, a través de la rehabilitación. Y cuando algo no se puede recuperar, hay que fortalecer lo que te queda para una mejor calidad de vida”, explicó Teresa González Fernández, vicedirectora de ALPI, que tuvo poliomieltis en 1956 y quedó con mínimas secuelas gracias al tratamiento realizado en la institución.

Ahora que no hay más poliomieltis trabajamos con otros casos que requieren rehabilitación motora, como personas que tienen afectada su movilidad por un accidente cerebro vascular, un accidente de tránsito o el abuso de drogas.

La poliomieltis, también llamada parálisis infantil o enfermedad de Heine-Medin, es una enfermedad infecciosa que, en sus formas más graves, afecta al sistema nervioso central produciendo debilidad muscular y parálisis aguda fláccida.

En Argentina, las epidemias más importantes ocurrieron en 1943, en 1953 –cuando se registraron 2.700 casos– y en 1956 –cuando se produjo el pico máximo de la enfermedad, con 6.940 casos en todo el país.

<sup>1</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

El 19 de septiembre falleció por meningitis un menor de cinco años, alumno del jardín de infantes de la Escuela 136, ubicada en el barrio Confluencia de la ciudad de Neuquén, lo que de inmediato originó una psicosis entre los padres del colegio.

Las autoridades de Salud aclararon que se trató de una infección no contagiosa, que no representa peligro de brote de la enfermedad.

Soledad Rey, del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, contó que el niño comenzó con una otitis aguda, luego la infección alcanzó las meninges y el cuadro derivó en pocos días a “una meningitis muy grave”.

Aclaró que esto no implica que exista un brote de la enfermedad en la provincia, ni debe ser motivo de alarma.

Explicó que se trató de una meningitis de origen bacteriano, causada por *Streptococco pneumoniae*, un tipo de infección que hoy está incluido en el calendario de vacunas obligatorio.

“Lamentablemente, antes era una vacuna opcional y este chiquito no la recibió; de todos modos, tuvo el tratamiento correcto pero fue un caso muy agresivo”, comentó.

Al conocerse la muerte del menor, se generó una psicosis entre los padres del colegio por temor a un posible contagio. Viviana Grunewald, directora de la Escuela 136, ratificó que se trató de un caso que no implica riesgo para otros chicos. “Era una infección cerrada, que no se contagió en la escuela o en otra parte, sino que lo creó su propio organismo, por eso no se contagiaron sus familiares ni tampoco hay peligro de contagio en el colegio”, remarcó.

Grunewald contó que, “una vez que los padres se enteraron de que el nene falleció, los niños de jardín no vinieron a clases y están llamando muchísimo a la escuela porque hay una psicosis en la que creen que cualquier fiebre puede ser una meningitis”.

Para calmar la ansiedad de los padres, personal de la sala de salud de Confluencia asistió al colegio y dio dos charlas con familiares de los alumnos del jardín para explicarles sobre la enfermedad y las precauciones que deben tener ante la meningitis.

## América



### **Bolivia, La Paz: Declaran epidemia focalizada de varicela**

23 de septiembre de 2014 – Fuente: Página Siete (Bolivia)

Ante el incremento de casos de varicela en el departamentode La Paz, el Servicio Departamental de Salud (SEDES) declaró epidemia focalizada por esa enfermedad altamente contagiosa.

“Por el número de casos de varicela en cuatro unidades educativas –tres privadas de La Paz y una pública de Yungas– que suman más de 70 en las últimas tres semanas se considera una epidemia focalizada en los establecimientos educativos”, afirmó Henry Flores, director del SEDES.

Los casos de varicela registrados este año cuadruplican los de la gestión pasada. En la presente gestión se registraron hasta la semana pasada 299 casos frente a los 70 casos registrados en similar periodo de 2013.

Este año, los casos se registraron en centros educativos, guarderías y otros. El Colegio San Calixto de la Compañía de Jesús reportó dos brotes, el primero en junio cuando se anotaron 11 casos y el segundo, hace dos semanas, con 21 casos. En general ese establecimiento privado tuvo 32 casos, el Colegio Rosa Gattorno presentó ocho, al igual que el Colegio Sagrados Corazones.

Flores explicó que debido a ello, el SEDES envió a la Dirección Departamental de Educación (DDE) información sobre la enfermedad y sus síntomas, para que elabore cartillas informativas y las reparta en colegios.

Sin embargo, el titular de la DDE, Basilio Pérez, afirmó que no tiene presupuesto, por lo que no pudo enviar las cartillas. Aclaró, sin embargo, que emitió el instructivo 74/2014 en el que indica las acciones que debe realizar la comunidad educativa ante cualquier sospecha.

“El instructivo fue enviado la semana pasada a los directores para que ellos hagan conocer al plantel docente y así se informe a toda la comunidad educativa”, afirmó Pérez. La autoridad educativa mencionó que esa norma instruye a que los maestros usen los filtros sanitarios ante cualquier caso de varicela.

El director del SEDES indicó que es importante que cuando un maestro identifique a un estudiante con la enfermedad, inmediatamente lo envíe a su casa, para que permanezca aislado. “El estudiante enfermo no debe estar en contacto con otras personas, porque puede contagiar el virus fácilmente al toser o al estornudar”, recomendó.

Asimismo, Flores enfatizó que es necesario que los enfermos mantengan las uñas muy cortas para evitar que se rasquen y provoquen una sobreinfección.



### **Colombia: Los casos de fiebre chikungunya sobrepasan los 1.600**

23 de septiembre de 2014 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

El Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) confirmó el 23 de septiembre más de 1.600 casos de fiebre chikungunya en 11 departamentos del país.

“Encontramos un total de 1.673 casos confirmados autóctonos, de los cuales 1.601 fueron declarados por atención clínica directa y otros 72, por laboratorio”, precisó el informe sobre el estado del virus.

El INS añadió que 630 reportes de infección esperan el dictamen del Centro Nacional de Enlace (CNE), sin el cual no pueden notificarse oficialmente como afectaciones.

Hasta el momento, confirmaron la presencia del virus los departamentos de Bolívar, Atlántico, Boyacá, Caldas, Cartagena, Huila, La Guajira, Meta, Santander, San Andrés y Providencia y Sucre. Entre los enfermos figura una niña de 11 meses, quien provenía de Venezuela y falleció la semana anterior en el departamento de Sucre tras ser remitida desde Magangué, Bolívar.

De acuerdo con las autoridades locales, la menor, quien tenía problemas cardíacos, se había contagiado en Venezuela de donde llegó con sus padres.

Ante el aumento de los casos de fiebre chikungunya, las autoridades colombianas se muestran preocupadas y pidieron a las secretarías de salud de los departamentos y municipios, la elaboración de planes de respuesta lo más rápido posible.

## **PEDIATRICS** Estados Unidos: Se recetan antibióticos a los niños con el doble de frecuencia que la necesaria

15 de septiembre de 2014 – Fuente: *Pediatrics*

Los pediatras recetan antibióticos más o menos con el doble de frecuencia que la realmente necesaria para los niños con infecciones de oído y garganta, indica un estudio reciente.

Más de once millones de las recetas de antibióticos emitidas cada año para niños y adolescentes podrían ser innecesarias, según investigadores de la Universidad de Washington y del Hospital Pediátrico de Seattle. Ese uso excesivo de antibióticos no solo no logra erradicar las enfermedades virales de los niños, advirtieron los investigadores, sino que respalda la peligrosa evolución de las bacterias hacia la resistencia a los antibióticos.

“Creo que es bien sabido que los médicos recetamos los antibióticos en exceso, y nuestra intención era ponerle una cifra a la frecuencia con que lo hacemos”, señaló el autor del estudio, el Dr. Matthew Kronman, profesor asistente de enfermedades infecciosas del Hospital Pediátrico de Seattle.

“Pero tal y como hallamos, en realidad no ha habido un cambio en esta situación en la última década. Y no tenemos herramientas fácilmente disponibles en el mundo real para discriminar entre las infecciones provocadas por bacterias o virus”, añadió Kronman.

Los antibióticos solo son efectivos para las infecciones bacterianas, no para las virales. Pero dado que los médicos tienen pocas formas de distinguir entre las infecciones virales o bacterianas, los antibióticos son con frecuencia el tratamiento por defecto.

Para determinar las tasas de recetas de antibióticos, Kronman y sus colaboradores analizaron a un grupo de estudios publicados entre 2000 y 2011, y datos de niños menores de 18 años que fueron examinados en clínicas ambulatorias.

Según la prevalencia de bacterias en las infecciones de oído y garganta, y la introducción de una vacuna neumocócica que previene muchas infecciones bacterianas, los investigadores calcularon que alrededor de 27% de los niños de Estados Unidos con infecciones en el oído, los senos nasales, la garganta o el tracto respiratorio superior tuvieron enfermedades provocadas por bacterias. Pero se recetaron antibióticos en casi 57% de las consultas a los médicos para esas infecciones, halló el estudio.

“Pienso que de verdad fue un estudio muy inteligente para obtener una idea de cuál es la carga de enfermedades bacterianas y el uso de antibióticos”, comentó el Dr. Jason Newland, director médico de seguridad del paciente y fiabilidad del sistema, y profesor asociado de pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Missouri, en Kansas City.

Newland, ex director del Programa de Administración Antibacteriana del Hospital y Clínicas Pediátricas Mercy en Kansas City, citó el “informe de amenaza” de 2013 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, que indicó que cada año mueren 23.000 estadounidenses debido a infecciones resistentes a los antibióticos.

“Todos sabemos que cuando usamos antibióticos aumentamos las probabilidades de resistencia, porque las bacterias evolucionan. Debemos usarlos bien y no en esas dosis excesivas. Tenemos que hacerlo mucho mejor”, comentó.

Actualmente, hay una prueba rápida de estreptococos para distinguir entre las infecciones de garganta bacterianas o virales. Pero aparte de ese análisis, los médicos no cuentan con otras herramientas clínicas para determinar la causa de la mayoría de infecciones respiratorias superiores, según la información de respaldo del estudio. Kronman dijo que espera que la nueva investigación no solo ayude a fomentar el desarrollo de más herramientas de este tipo, sino que también anime a los médicos a pensar de forma más crítica sobre no recetar antibióticos a menos que claramente se necesiten.

Kronman añadió que las investigaciones anteriores indican que los padres, que con frecuencia presionan a los pediatras para que receten antibióticos, responden a sugerencias alternativas para aliviar los síntomas respiratorios



superiores de sus hijos, como el uso de acetaminofén y humidificadores, en lugar de que los médicos simplemente digan que no recetarán antibióticos.

“Debemos abordar este problema como sociedad. La realidad es que el uso excesivo e innecesario de antibióticos de verdad nos pone en un gran riesgo de que estos antibióticos no funcionen en el futuro”, apuntó Newland.<sup>2</sup>

## **Los Angeles Times** Estados Unidos, California: Más de 350 personas infectadas por el virus del Nilo Occidental

18 de septiembre de 2014 – Fuente: Los Ángeles Times (Estados Unidos)

Un total de 12 personas han muerto y más de 350 están infectadas por el virus del Nilo Occidental en California, más de un tercio de las cuales se encuentran en el condado de Orange. Según el Departamento de Salud Pública de California la cifra de mosquitos infectados por el virus ha alcanzado su cuota más alta desde que se tiene conciencia de la enfermedad.

La ciudad más castigada del condado ha sido Santa Ana, donde hay 51 casos y tres personas han perdido la vida.

Los síntomas del virus aparecen durante los quince días posteriores al contagio. Entre los síntomas figuran dolor abdominal, fiebre, diarrea, inapetencia, vómitos e inflamación de los ganglios linfáticos. Habitualmente el virus desaparece a la semana, aunque hay personas a las que los síntomas les han durado un mes.

El virus del Nilo Occidental se identificó por primera vez en 1937 en Uganda, al este de África, y llegó por primera vez a Estados Unidos en 1999, cuando se registró un caso en New York y, desde entonces, el virus se ha diseminado por todo el país. Su propagación puede depender de varios factores como son el agua estancada o la temperatura.

Las autoridades californianas explicaron el 8 de septiembre su intención del fumigar cada amanecer las calles del condado; sin embargo, la medida no se ha podido llevar a cabo debido al tiempo. El condado durante décadas ha utilizado nebulizadores montados en camiones para controlar los mosquitos en zonas húmedas y espacios abiertos, pero la fumigación en Santa Ana habría sido la primera vez en una zona poblada, dijo el jefe de policía.

## **EL MUNDO** Guatemala: Registran 7.274 casos de dengue y cinco muertes por la enfermedad

16 de septiembre de 2014 – Fuente: El Mundo (El Salvador)

Guatemala registra en el año 2014 un total de 7.274 casos de dengue, informó el 16 de septiembre una fuente oficial.

Gustavo Barillas, portavoz del Ministerio de Salud, detalló que en lo que va del año murieron cinco personas de seis que sufrieron dengue grave, la versión más severa de esta enfermedad viral.

El funcionario, que no precisó detalles acerca de las cinco víctimas fatales del dengue, recordó que la forma “más eficaz” para evitar la enfermedad es “remover el agua estancada” que se queda en las viviendas durante las temporadas lluviosas.

Las autoridades guatemaltecas informaron el 13 de septiembre acerca de las primeras víctimas de la fiebre chikungunya en el país centroamericano, con la confirmación de ocho casos.

El dengue, al igual que la fiebre chikungunya, es transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*.

En 2013 se registraron alrededor de 8.000 casos de dengue clásico y 13 del tipo grave, que incluyó tres muertes en Guatemala.

### El mundo



## **África Occidental: Los casos de enfermedad por el virus del Ébola podrían superar los 20.000 en noviembre si no se refuerzan las medidas**

23 de septiembre de 2014 – Fuente: EFE

Los casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) podrían superar los 20.000 en cuestión de cinco a seis semanas si no se refuerzan de forma inmediata las medidas para controlar la epidemia, según la opinión de científicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Imperial College de Londres. Liberia, Sierra Leona y Guinea son, por orden de gravedad, los países donde el virus del Ébola circula de forma intensa.

De acuerdo a las proyecciones de los expertos, casi la mitad de los casos estarán en Liberia, 5.700 en Guinea y 5.000 en Sierra Leona, si la situación actual se mantiene.

Christl Donnelly, profesora de estadística epidemiológica del Imperial College de Londres, indicó que esas estimaciones se consiguieron a través de dos metodologías diferentes y coinciden con las que han avanzado otras organizaciones médicas. La diferencia, sin embargo, está en que hasta hace pocas semanas se creía que los 20.000 casos se alcanzarían en cualquier caso entre febrero y marzo del próximo año y no en poco más de un mes a partir de ahora.

Los datos más recientes aportados por la OMS indican que los casos son 5.843, con 2.803 fallecidos entre ellos.

<sup>2</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

Los científicos han tomado en cuenta para su proyección que hace una semana, el número de personas infectadas se había duplicado en Guinea en tan sólo 15,7 días, en 23,6 días en Liberia y en 30,2 días en Sierra Leona. El estudio destaca que las dimensiones de desastre que ha tomado la epidemia no se deben a ningún cambio en sus características clínicas, en la gravedad de la infección o en su modo de transmisión, que son similares a los de brotes pasados.

Asimismo, y al cumplirse seis meses desde la primera notificación a la OMS de un caso de EVE (el primer paciente enfermó en diciembre, pero en su momento no fue identificado como tal), los expertos advierten que el virus puede convertirse en endémico para la población de África Occidental, provocando en los próximos años brotes esporádicos de esta enfermedad.

### Los motivos de su veloz propagación

“El periodo de incubación, la duración de la enfermedad, la tasa de letalidad y la tasa de reproducción (personas infectadas por cada enfermo) están dentro de los rangos reportados en brotes anteriores”, describen los científicos.

El carácter excepcionalmente amplio de esta epidemia se debe entonces, según han inferido los investigadores, a las características de la población infectada, a las condiciones de los sistemas de salud y a que los esfuerzos para cortar la transmisión han sido insuficientes.

El hecho de que las poblaciones de los tres países afectados estén altamente interconectadas, el amplio tráfico transfronterizo en el epicentro del brote, las conexiones viales relativamente fáciles entre los pueblos y las ciudades, así como la densidad demográfica de estas últimas, han contribuido a la rápida propagación del virus.

También ha sido un factor determinante el que los sistemas sanitarios de los tres países sean extremadamente precarios tras años de conflictos armados.

El ejemplo de que esto ha jugado un rol determinante es que Nigeria, con un mejor sistema de sanidad, puso rápidamente bajo control un limitado número de casos y aparentemente ha conseguido detener la transmisión. Ello a pesar de que el virus se introdujo en Lagos, una ciudad de 20 millones de habitantes, y en Port Harcourt, otra urbe importante.

Sobre la situación en este último país y en Senegal, donde se ha detectado un solo caso, el director de Estrategia de la OMS y coautor del estudio, Christopher Dye, dijo con mucha prudencia que es posible que se haya conseguido poner la situación bajo control total.

Precisó que no se ha reportado ningún caso adicional en ninguno de los dos países en los últimos 21 días (considerado el periodo máximo de incubación del virus), aunque insistió en que “todavía es muy pronto para estar confiados”.

### Segunda reunión del Comité de Emergencia de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó el balance de los estragos de la EVE en los países de África Occidental, y al mismo tiempo insistió en que la prohibición de viajes y restricciones de vuelos a los países afectados complican su gestión contra la epidemia.

Los expertos subrayaron, en un comunicado, que allí donde deban ponerse en marcha cuarentenas y otras medidas extraordinarias para contener la epidemia, éstas deben ser proporcionadas y basadas en la evidencia. Las personas en cuarentena deben contar con la información y comodidades necesarias, como el garantizarles el suministro de agua y alimentos.

Además, debido al gran número de casos de trabajadores de salud contagiados, los expertos urgieron a reforzar las medidas y mejorar el equipo para protegerlos.

Finalmente, la OMS recomendó a todos los estados reforzar su preparación y planificar su respuesta en caso de detectar la presencia de la EVE dentro de sus territorios a través de simulaciones y capacitación adecuada del personal.



### Una pequeña sonrisa en medio del desastre

A las 13:00 horas, un enorme clamor estalló cerca del cuadro de seguimiento de pacientes del centro de tratamiento de la EVE de Médicos Sin Fronteras (MSF) en la ciudad de Kailahun, en el este de Sierra Leona. El médico egipcio Sameh Kirolos acababa de ver los últimos resultados de los análisis de sangre de la pequeña Isatta: ¡Negativo! ¡Isatta está libre del virus del Ébola! Unas horas más tarde, después de haberle dado algo de comer, una ducha y nueva ropa, la niña salió del centro.

El primer brote de EVE en África Occidental continúa su devastación, y los equipos de MSF están trabajando incansablemente para atender a los pacientes y detener la propagación de la enfermedad. MSF abrió el Centro



Un voluntario toma medidas para evitar contagiarse en Monrovia, Liberia.



Isatta, de 22 meses, una de las más jóvenes en sobrevivir a la EVE.

de Tratamiento de EVE en Kailahun a fines de junio. Un mes después, el rápido aumento del número de pacientes en el centro obligó al equipo a aumentar su capacidad de 60 a 80 camas erigiendo dos nuevas tiendas de campaña. El mismo día en el que se pusieron en marcha se llenaron de inmediato, con 21 nuevos pacientes admitidos.

Pero incluso en esta situación crítica, a veces llega una buena noticia para endulzar un poco la vida de los equipos médicos.

Isatta, de 22 meses de edad, en un primer momento dio negativo al virus tras la muerte por EVE de sus padres. Pocos días después, la llevaron de nuevo al centro de MSF con los primeros síntomas de la enfermedad. La mala noticia se comprobó: Isatta había contraído el virus del Ébola y tuvo que ser ingresada en la sección para pacientes confirmados. El equipo de inmediato se dio cuenta de que Isatta era demasiado pequeña para quedarse en una de las camas normales. Los logistas de MSF convirtieron una cajita de madera en un pequeño catre. Un colchón, una manta y un oso de peluche completaron su nuevo lecho.

La cama hecha a medida no impidió a Isatta caminar por donde quiso, incluso por debajo de la valla que divide las zonas de alto y bajo riesgo. La niña se las arregló para mantener en vilo a un equipo médico completo hasta que uno de ellos, con guantes y equipo de protección completo, logró alcanzarla y traerla de vuelta a su sección. Isatta pronto se convirtió en la mascota del centro de Kailahun, tanto para el personal sanitario como para los pacientes.



Isatta a su salida del centro de tratamiento de la EVE.

Después de tres semanas en el centro, a las 17:00 horas, Isatta finalmente salió de la zona de alto riesgo. Todo el personal médico de MSF la esperaba para aplaudirla y compartir con ella este gran momento. Con 22 meses, Isatta está entre los niños más jóvenes que han logrado sobrevivir a la EVE. A pesar de su corta edad, ha ganado una gran batalla y puede sentirse increíblemente orgullosa. La organización Save the Children se hará cargo de ella a partir de ahora, y todo el equipo de MSF le desea lo mejor.

Sameh, el médico, estaba encantado de poder verla salir del centro. Él terminó su periodo en Sierra Leona pocos días después y recordará siempre a Isatta, que fue admitida en su primer día en Kailahun. "He estado siempre encantado de poder cuidarla durante mi turno. Me rompía el corazón tener que sacarle muestras de sangre y ver sus ojos llenos de lágrimas. Ahora que ha vencido a la EVE podrá sonreír".

Ese mismo día, otros seis pacientes completaron también su recuperación del Ébola y fueron dados de alta del centro de Kailahun. Para los equipos de MSF, cada superviviente es una victoria contra la enfermedad. Pero las celebraciones duraron poco: 17 nuevos pacientes fueron ingresados ese mismo día.<sup>3</sup>

## **CRJ** China, Guangdong: Reportan 6.089 casos de dengue

23 de septiembre de 2014 – Fuente: China Radio International (China)

La provincia meridional china de Guangdong ha reportado un total de 6.089 casos de dengue desde mayo, informaron el 23 de septiembre las autoridades locales.

Guangzhou, la capital provincial, fue la zona más afectada por el virus y registró 5.190 casos hasta el 22 de septiembre, entre los que se incluyen dos fallecidos, apuntó el centro provincial de control y prevención de enfermedades.

La ciudad de Foshan, vecina de Guangzhou, reportó 622 casos y el resto está distribuido entre los municipios de Zhongshan, Jiangmen y Zhuhai.

"El número creciente de casos contraídos en el extranjero, los días lluviosos en lo que va de año y la indiferencia del público sobre la erradicación de mosquitos han sido los principales factores que contribuyeron al brote de dengue", aseguró Yang Zhicong, subdirector del centro municipal de control y prevención de enfermedades de Guangzhou.

El centro indicó que la población de mosquitos de este año es cinco veces superior al nivel normal debido a las altas temperaturas y al clima lluvioso.

El organismo ha pedido a la gente que se mantenga alerta antes de las vacaciones del Día Nacional que comienzan el 1 de octubre.

## **europa press** España, Catalunya: Tres muertos en un segundo brote de legionelosis en Ripollet

23 de septiembre de 2014 – Fuente: Europa Press

La Generalitat ha detectado un brote de legionelosis en Ripollet (Barcelona) que ha afectado a cinco personas, de las que tres han muerto y una está hospitalizada, una situación que "se solapa" en el tiempo con el brote detectado en Sabadell que ha afectado a 34 personas, de las que cuatro han muerto.

<sup>3</sup> En Sierra Leona, así como en Guinea y Liberia, la situación sigue siendo crítica y MSF sigue pidiendo medidas inmediatas y concretas para controlar el brote. Más allá de la atención a los pacientes infectados, sigue habiendo muchas lagunas en otras partes de la respuesta, como el seguimiento de contactos, los sistemas de alerta para las personas que presentan síntomas, la organización de entierros seguros y campañas masivas de educación pública en el campo.

El anuncio fue hecho el 23 de septiembre por el secretario de la Agencia de Salud Pública de la Generalitat, Antoni Mateu, acompañado del alcalde de Ripollet, Juan Parralejo, y de la subdirectora general de Vigilancia y Respuesta a Emergencias de la Agencia de Salud Pública, Mireia Jané.

Según Mateu, “parece que el foco ha dejado de emitir porque no hay casos en Ripollet desde hace una semana y en Sabadell desde hace varios días”, y dijo que los ciudadanos pueden estar tranquilos porque todo apunta a que el brote va a la baja.

### Primer brote

El primer brote se detectó hace diez días en Sabadell (Barcelona) y ya ha afectado a 34 personas, la mayoría de avanzada edad, de las que cuatro han muerto y 17 siguen ingresadas en hospitales de la zona: “Entre el 10 y el 11 de septiembre hubo un pico de casos alarmante”, dijo Mateu.

Los mismos días se detectó un pico de casos en Ripollet, a 11 kilómetros de Sabadell: “Nunca en Catalunya un único brote ha afectado a personas separadas por tanta distancia, por lo que es muy remoto que pueda ser el mismo, aunque también es muy raro que coincidan dos de tanta virulencia”.

Mateu dijo que no se ha informado antes de este segundo brote porque “ha costado mucho relacionar los datos”, teniendo en cuenta que uno de los cinco afectados en Ripollet acudió al Hospital del Mar de Barcelona y otro al de Calella –a mucha distancia de Ripollet y de Sabadell–, mientras que otros ingresaron también en el Parc Taulí de Sabadell, donde están la mayoría de afectados por el brote de esta ciudad.

El alcalde Juan Parralejo destacó que en Ripollet “hace una semana que no se detectan nuevos casos, por lo que parece que se ha frenado en brote”, que se ha saldado con la vida de una mujer y dos hombres de 76 años de media, los días 16, 19 y 22 de septiembre.

Mateu explicó que todos ellos “tenían muy poca movilidad y no salían prácticamente de casa, lo que da muchas pistas de la instalación que podría estar afectada”, además de que todos los muertos tenían patologías graves previas.

### Instalación detectada

Mateu dijo que el 21 de septiembre se detectó una instalación con alta capacidad de generar aerosoles en una empresa privada de Sabadell con “altas concentraciones de la bacteria”, por lo que se ha precintado de forma preventiva, aunque no se sabrá hasta fines de esta semana si es la responsable del brote.

En el caso de Ripollet, Parralejo explicó que se han paralizado las fuentes ornamentales y puntos de riego públicos como medida preventiva, aunque todavía no se ha detectado ninguna torre de refrigeración sospechosa, de las tres que se han revisado.

Mateu reveló que no se puede descartar que la torre de refrigeración de Sabadell precintada emitiera aire contaminado a una gran distancia, ayudada por las condiciones meteorológicas, y afectara a una segunda torre en Ripollet. La distancia que separa el centro de ambas ciudades es de apenas siete kilómetros.<sup>4</sup>



### Papúa Nueva Guinea, Madang: Preocupación ante el aumento de casos de sarampión

9 de septiembre de 2014 – Fuente: Australian Broadcasting Corporation (Australia)

Las autoridades sanitarias de la provincia de Madang, Papúa Nueva Guinea, están instando a la población a buscar atención médica de inmediato, si creen que pueden sufrir de sarampión.

Al menos 10 niños de la zona han muerto a causa ya a causa del virus, mientras que se han producido más de 1.700 casos confirmados.

Marcus Kachau, Director de Salud de Madang, dijo que el Departamento Provincial de Salud ya está haciendo mucho para contener la situación, pero que existe la preocupación de que el brote se agrave si no se gestiona adecuadamente.<sup>5</sup>

### EMERGING INFECTIOUS DISEASES

### Uganda: Resurge el virus Marburg en la población de murciélagos de la mina Kitaka después de los intentos de exterminio

12 de septiembre de 2014 – Fuente: *Emerging Infectious Diseases*

El virus de Marburg (MARV) y el virus de Ravn (RAVV), colectivamente llamados marburgvirus, causan la fiebre hemorrágica de Marburg (MHF) en los seres humanos. En julio de 2007, cuatro casos de MHF (uno mortal) se produjeron en mineros de la mina Kitaka, en el sur de Uganda. Más tarde, la enfermedad afectó a dos turistas que visitaron Python Cave, a unos 50 km de la mina Kitaka. Uno de los turistas era de Estados Unidos (diciembre de 2007) y el otro de Países Bajos (julio de 2008); un caso fue fatal. La cueva y la mina contenían 40.000-100.000 ejemplares cada una del murciélago frugívoro egipcio (*Rousettus aegyptiacus*).

<sup>4</sup> Ripollet es un municipio de Catalunya, España. Perteneciente a la provincia de Barcelona, en la comarca del Vallès Occidental, forma parte del área metropolitana de Barcelona. El municipio, con una extensión de 4,39 km<sup>2</sup>, tiene un total de 37.548 habitantes. Está a una distancia de 10 km de Barcelona. Por este municipio pasa el río Ripoll que nace en el parque natural de Sant Llorenç del Munt. Linda con las poblaciones de Sardañola del Vallés, Moncada y Reixach, Santa Perpetua de Moguda y Barberá del Vallés.

<sup>5</sup> La Provincia de Madang es una de las veinte divisiones administrativas de Papúa Nueva Guinea. La capital de la provincia es la ciudad de Madang. Tiene una superficie de 28.886 km<sup>2</sup> y una población de 365.106 habitantes.



Investigaciones longitudinales de los brotes en ambos lugares fueron iniciadas por la División de Patógenos Virales Especiales de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, Atlanta, Georgia, Estados Unidos, y Entebbe, Uganda), en colaboración con la Autoridad de Vida Silvestre de Uganda (UWA) y el Instituto de Investigación de Virus de Uganda (UVRI). Durante estos estudios, fueron aislados MARVS y RAVVs genéticamente diversos directamente de tejidos de murciélagos y los niveles de infección de los dos virus fueron superiores en los murciélagos juveniles sobre una base bianual predecible. Sin embargo, las investigaciones en la mina Kitaka se detuvieron cuando los mineros exterminaron la colonia de murciélagos mediante la restricción de salida de la cueva con barreras de caña de papiro y luego capturando los murciélagos con redes de pesca que cubrían las salidas. Las capturas se prolongaron durante semanas, y las entradas se sellaron con ramas y plásticos. Estos esfuerzos de despoblación fueron documentados por investigadores del UVRI, los CDC, el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (Sandringham, Sudáfrica), y la UWA durante visitas a la mina Kitaka. En agosto de 2008, se encontraron montones de miles de murciélagos muertos en el bosque, y en noviembre de 2008, no se encontró evidencia de murciélagos viviendo en la mina; se desconoce si se logró el 100% de exterminio. Los CDC, el UVRI y la UWA no recomiendan el exterminio, en la creencia de que los resultados serían temporales y que tales esfuerzos podrían agravar el problema si los métodos de exclusión de los murciélagos no son completos y permanentes.

En octubre de 2012, se detectó el brote más reciente conocido de Marburgvirus en Ibanda, una ciudad en el suroeste de Uganda<sup>6</sup>. Ibanda se ubica a unos 20 km de la mina Kitaka y es el centro urbano que sirve a las comunidades más pequeñas en la zona de Kitaka. Este brote de MHF fue el más grande en la historia de Uganda: se produjeron 15 casos confirmados por laboratorio. En noviembre de 2012, se inició una investigación ecológica de la zona metropolitana de Ibanda/Kitaka. La investigación incluyó entrevistas con las autoridades locales para localizar todas las colonias conocidas de *R. aegyptiacus* en la zona. Aunque se encontraron colonias de menor importancia de pequeños murciélagos insectívoros, la única colonia identificada de *R. aegyptiacus* se encontró en el interior de la reabierta mina Kitaka, aunque de un tamaño mucho más reducido, tal vez 1-5% de la que se encontró antes de los esfuerzos de despoblación.

Para determinar si los murciélagos *R. aegyptiacus* que habían repoblado la mina Kitaka estaban infectados activamente con marburgvirus, se estudiaron 400 animales. De ellos 53 (13,3%) fueron positivos para ARN de Marburgvirus (32/233 [13,7%] adultos y 21/167 [12,6%] juveniles); Marburgvirus fue aislado de muestras de tejido de 9 de los 400 murciélagos. El nivel general de infección activa fue significativamente mayor que el encontrado en la mina Kitaka durante el período 2007-2008 (5,1%) y en otros estudios realizados en Uganda (Cueva Python, 2,5%) y Gabón (4,8%). La razón del aumento no es clara, pero puede estar relacionado con los efectos del exterminio y posterior repoblación. El aumento de la prevalencia de la enfermedad en las poblaciones silvestres después de exterminios ya tiene precedentes. Se especula que después del intento de despoblación, un grupo de murciélagos susceptibles se estableció y con el tiempo fueron sometidos a múltiples introducciones de Marburgvirus. Este grupo de murciélagos susceptibles habría llevado a niveles más altos de infección activa dentro de la colonia, lo que aumenta la posibilidad de contagio del virus a la población humana. No se detectaron diferencias significativa en sexo y edad con respecto a la infección activa durante la época de reproducción y, en general, la presencia de IgG específica para el virus entre los murciélagos fue de 16,5%, un hallazgo consistente con estudios anteriores.

El análisis filogenético de las secuencias de fragmentos de ARN del genoma viral en este estudio mostró una alta diversidad genética de los Marburgvirus, incluyendo la presencia de RAVVs y MARVS. Las secuencias para los aislamientos de tres murciélagos eran casi idénticos a los de aislamientos de MARV obtenidos de pacientes en el brote de Ibanda de 2012, lo que sugiere que los murciélagos de la mina Kitaka fueron una fuente probable del virus.<sup>7</sup>

Investigadores de la Universidad de Salamanca han desarrollado un nuevo método de diagnóstico de la esquistosomosis, una de las enfermedades infecciosas causadas por parásitos más prevalentes en todo el mundo. El procedimiento es rápido, sencillo y se podrá aplicar *in situ* en las zonas tropicales donde este problema es endémico, especialmente en África, pero también en América y el sudeste asiático.

“Hemos desarrollado un método molecular muy sensible por medio de la amplificación de ADN que, sobre todo, tiene la ventaja de que el resultado se puede visualizar en un tubito de ensayo”, explica Antonio Muro, científico del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Salamanca (CIETUS) y del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

<sup>6</sup> Ver ‘Uganda: Surgen brotes de fiebre hemorrágica de Marburg, fiebre amarilla y hepatitis B’ en [Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.006](#), de fecha 22 de octubre de 2012, y posteriores.

<sup>7</sup> La fiebre hemorrágica de Marburg fue reconocida por primera vez en 1967, cuando ocurrieron brotes en laboratorios en Marburg y Frankfurt, Alemania, y en la capital serbia (entonces yugoslava), Beograd. Los casos fueron fotomicrografía de una vejiga infectada por *Schistosoma haematobium* importados para investigación y para la producción de vacunas contra la *matobium*.

En un estudio posterior de los murciélagos de Uganda, de todos los animales muestreados en un número significativo, sólo en especímenes de *Rousettus aegyptiacus* capturados en cuevas dormideros, se encontraron anticuerpos contra Ebolavirus y Marburgvirus.

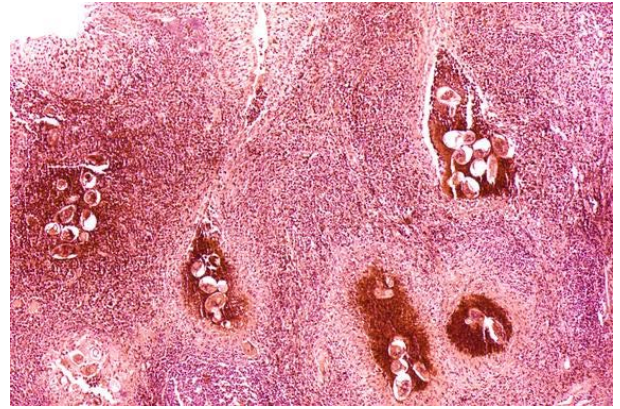
Un estudio publicado en julio de 2009 mostró que el virus de Marburg podía ser aislado de *R. aegyptiacus* aparentemente sanos capturados en la Caverna Kitaka, en Uganda, donde habían trabajado los mineros infectados con el virus en 2007. Hubo un número sustancial de casos en 2012, sin más informes desde entonces.

Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

El método está basado en la técnica que se conoce como LAMP (*loop mediated isothermal amplification*), que en este caso detecta ADN del parásito en muestras biológicas de personas.

“Permite visualizar la reacción sin ningún tipo de aparataje especial y una detección muy específica y es un sistema fácil de ejecutar y de ver” a diferencia de las alternativas actuales, ya que el diagnóstico clásico no detecta todas las infecciones y el diagnóstico serológico, que mide la presencia de anticuerpos en sangre, es poco específico.

Por el momento, los investigadores de Salamanca son los responsables del primer artículo científico de LAMP para el gusano *Schistosoma mansoni*, pero ya trabajan para extender el diagnóstico a otros parásitos similares responsables de la esquistosomosis. De hecho, el equipo ya publicó hace meses la posibilidad de diagnosticar mediante LAMP otra infección causada por el parásito *Loa loa*, que también afecta a África.

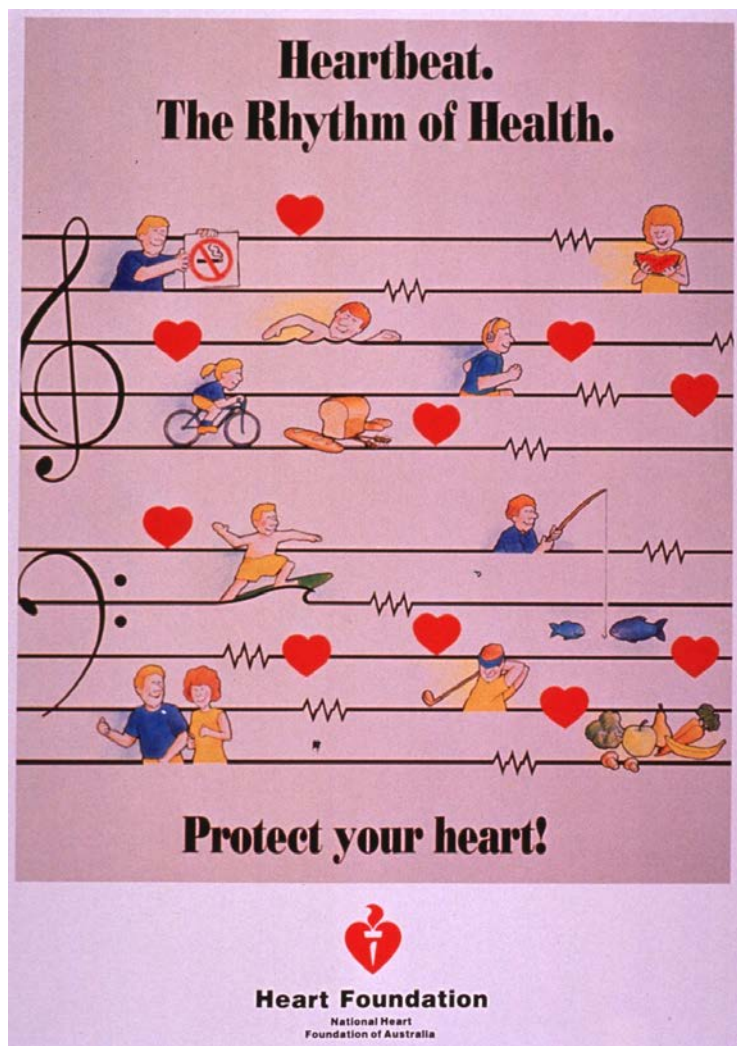


### Ensayos en África

En las zonas que sufren estos problemas apenas existen medios, así que desarrollar una herramienta sencilla como esta supone un enorme avance. Por eso, el próximo paso que quiere dar el equipo de Antonio Muro es realizar experimentos en los lugares de África donde la esquistosomosis es más prevalente.

La infección se adquiere por contacto de la piel con aguas contaminadas. Los huevos de los gusanos eclosionan en el agua y las larvas penetran en determinadas especies de caracoles acuáticos. De los caracoles salen cientos o miles de fases infectivas capaces de penetrar en la piel de personas que hayan mantenido contacto con las aguas por bañarse, pescar, regar o realizar cualquier otra actividad.<sup>8</sup>

### Publicidad relacionada con la salud



Los latidos del corazón. El ritmo de la salud. ¡Protege tu corazón!  
National Heart Foundation (Australia).

<sup>8</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.