



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.751

13 de abril de 2016

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

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.)
Nora V. Glatstein (Arg.)
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 cutánea
- Santa Fe: Un niño murió tras ser picado por un alacrán

América

- Bolivia: *Aedes aegypti* se está adaptando a vivir a mayores niveles de altitud
- Brasil: Alta mortalidad por enfermedades desatendidas
- Chile, Isla de Pascua: El Gobierno confirma un nuevo caso de dengue
- Chile, Región del Biobío: Confirman la muerte de un hombre a causa del virus Hanta
- Estados Unidos: El uso de preservativos se reduce cuando las jóvenes optan por el DIU en lugar de la píldora anticonceptiva

- Honduras: Más de 30.700 afectados por enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*
- México: Las mujeres en edad reproductiva son el sector más vulnerable a contraer el VIH

El mundo

- Europa: Los refugiados huyeron de la guerra y ahora se enfrentan al ataque de las enfermedades
- Kenya reportó dos casos importados de fiebre amarilla
- República Centroafricana: Hambre y enfermedad amenazan a los niños
- Zambia, Lusaka: Comienza la mayor campaña de vacunación oral contra el cólera jamás llevada a cabo
- Un nuevo régimen de tratamiento reduce la severidad de la malaria resistente a los fármacos en el embarazo

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

**CIRCULO
MÉDICO DE
CÓRDOBA**

www.circulomedicocba.org/

**CM
PC** Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

**Sociedad Argentina de Infectología
Pediatría**

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/

al que puede acceder haciendo clic [aquí](#).

El citado curso está destinado a todo el personal de salud implicado en inmunizaciones, con el fin de llevar adelante el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomieltitis en su fase final. El *switch* es un paso clave para avanzar hacia la erradicación mundial de la poliomieltitis.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, El Círculo Médico de Córdoba, la Sociedad de Infectología de Córdoba, la Sociedad de Epidemiología de Córdoba, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y el Comité de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría, Filial Córdoba, han elaborado el documento **Infección por virus Zika. Recomendaciones para el manejo de la mujer embarazada o en edad fértil**.

Estas son recomendaciones destinadas al personal de salud que atiende mujeres embarazadas y en edad reproductiva. Las mismas han sido elaboradas en base a la información que los organismos de referencia a nivel mundial han puesto a disposición y teniendo en cuenta distintos escenarios. Debido a que se trata de un virus nuevo en las Américas y que la situación es dinámica, estas recomendaciones tiene carácter temporario y serán actualizadas con cada nueva información.

Estas recomendaciones están disponibles en idioma [español](#), [inglés](#) y [francés](#).

Argentina

Vigilancia de leishmaniosis cutánea

8 de abril de 2016 – 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 2015/2016, hasta semana epidemiológica 9. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2015		2016	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	1	—	—
Buenos Aires	1	1	—	—
Córdoba	2	2	—	—
Entre Ríos	1	—	4	—
Santa Fe	1	—	—	—
Centro	6	4	4	—
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	6	6	16	16
Chaco	8	8	2	2
Formosa	—	—	—	—
Misiones	3	2	—	—
NEA	17	16	18	18
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	3	2	2	2
La Rioja	—	—	—	—
Salta	10	9	31	13
Santiago del Estero	1	1	—	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	14	12	33	15
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	1	1
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	1	1
Total Argentina	37	32	56	34

LA PRENSA

Santa Fe: Un niño murió tras ser picado por un alacrán

8 de abril de 2016 – Fuente: La Prensa (Argentina)

Un niño oriundo de un barrio del norte de la capital de Santa Fe murió el 8 de abril en un hospital tras ser picado por un alacrán y autoridades del centro de salud manifestaron que padecía una enfermedad que “podría haber complicado el cuadro”.

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

El niño de 3 años, que fue ingresado ayer al hospital, falleció a la madrugada tras presentar varios paros cardiorespiratorios, al parecer consecuencia del veneno inoculado por el escorpión, informaron fuentes del Hospital de Niños 'Dr. Orlando Alassia'.

El menor había sufrido la picadura el 7 de abril a la mañana, cuando se encontraba en su casa, ubicada en barrio Santa Rita, zona norte de Santa Fe.

La madre del niño lo llevó al Hospital de Psiquiatría 'Dr. Emilio Mira y López', desde donde fue derivado al Alassia, a raíz del estado grave que presentaba. En el hospital le aplicaron varias ampollas de suero antiescorpiónico, manifestaron las fuentes.

El director del Hospital Alassia, Osvaldo González Carrillo, dijo que "el niño padecía el síndrome de Steinert" y explicó que "se trata de una enfermedad muscular y esto puede haber complicado el cuadro".

En ese sentido, sostuvo que "no se sabe porque hasta el momento no hay antecedentes de picadura de escorpión en pacientes con esta enfermedad".

"La fatalidad en este tipo de casos es sumamente baja, de 5%. Además, en los últimos 25 años hemos tenido sólo cinco muertes y se atienden unos 300 casos anuales", expresó el director del hospital.

El alacrán *Tityus trivittatus* es la especie que con más frecuencia se encuentra en la zona.

Autoridades sanitarias recomendaron mantener medidas de prevención para evitar picaduras de alacranes y advirtieron que ante un evento de ese tipo es necesario concurrir de inmediato a un centro de salud.

América



Bolivia: *Aedes aegypti* se está adaptando a vivir a mayores niveles de altitud

11 de marzo de 2016 – Fuente: Página Siete (Bolivia)

El mosquito *Aedes aegypti* se está adaptando a vivir hasta los 2.600 metros sobre el nivel del mar en Bolivia, aunque a esa altitud aún no ha transmitido enfermedades como la fiebre zika, el dengue o la fiebre chikungunya, informó una autoridad del servicio de salud.

"De los 2.200 metros sobre el nivel del mar, donde vivía antes, subió y se va adaptando a los 2.600", aseguró el jefe de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de La Paz, Jhonny Ayllón.

Es por eso que se encontró al vector, por ejemplo, en poblaciones del departamento de Cochabamba, en los valles subandinos en el centro de Bolivia y de clima templado, justamente a 2.600 metros de altitud, aunque allí no se han registrado casos de las mencionadas enfermedades.

Bolivia reportó hasta la fecha cinco casos de fiebre zika, entre ellos un niño de cinco años y una mujer embarazada, y todos fueron sometidos a tratamiento médico. Además, registró unos 240 casos de dengue y otros 400 de fiebre chikungunya, según datos del estatal Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP).

Ayllón explicó que "aún el mosquito se está acostumbrando a ese ambiente. Probablemente logre adaptarse bien y entonces comenzará la transmisión. Ese es el temor de los epidemiólogos".

Relató que el 9 de marzo hubo una reunión de directores de epidemiología de los nueve departamentos de Bolivia, donde se conoció información sobre el mosquito transmisor, así como las acciones que se adoptan para evitar una mayor propagación de las tres enfermedades.

El mosquito *Aedes* fue reportado principalmente en departamentos de los llanos y la Amazonia de Bolivia, entre los 400 y 1.000 metros sobre el nivel del mar.

El gobierno también emprende con alcaldías y gobernaciones constantes campañas de fumigación de criaderos.



Brasil: Alta mortalidad por enfermedades desatendidas

24 de noviembre de 2015 – Fuente: *Bulletin of the World Health Organization*

Las muertes causadas en Brasil por las enfermedades tropicales desatendidas fueron 60 veces más frecuentes que las ocurridas por malaria, y 1,3 veces más que las causadas por la tuberculosis, según un estudio que encontró que entre los años 2000 y 2011 murieron en ese país 76.847 personas a consecuencia de estas enfermedades, que atraen escaso interés de la industria farmacéutica porque afectan fundamentalmente a poblaciones y países pobres.

La enfermedad de Chagas causó la mayoría de esas muertes (58.928 personas), seguida de la esquistosomosis (6.319) y leishmaniosis (3.466).

El estudio señala que las tasas de mortalidad por enfermedades desatendidas fueron más altas entre los hombres, individuos con más de 69 años, afrodescendientes y moradores de la región centro-oeste del país.

Realizado por investigadores del Departamento de Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal del Ceará (UFC), "el estudio es fruto de un proyecto que busca estimar el riesgo de contagio de esas enfermedades en todo el país", explicó Jörg Heukelbach, autor principal del artículo.



Las enfermedades desatendidas afectan a alrededor de mil millones de personas en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). De las 17 afecciones de ese tipo catalogadas por la entidad, 14 están presentes en Brasil.

Heukelbach afirmó que el número de muertes por enfermedades desatendidas en el país está subregistrado, por lo que se requiere llevar a cabo análisis que tomen en cuenta las causas asociadas a las muertes, combinando variables climáticas, geográficas y socioeconómicas, además de datos sobre la distribución espacial de los vectores de algunas de esas enfermedades, incluyendo áreas donde los datos son escasos.

Para el químico Luiz Carlos Dias, del Departamento de Química Orgánica de la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP), el estudio señala un panorama preocupante de esas enfermedades en Brasil. "Estamos muy atrasados en relación al control de los vectores de estas enfermedades", dijo.

"Una estrategia posible sería potenciar la industria farmacéutica nacional para llevar a cabo la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos e invertir en investigación básica en esta área", dijo.

El laboratorio de Dias actualmente trabaja con la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi), organización sin fines de lucro orientada a la investigación y desarrollo de medicamentos para estas enfermedades.

El trabajo en red que promueve la DNDi ha permitido que una misma molécula pueda probarse desde diferentes aspectos en otros países, acelerando el proceso para la producción de un medicamento.

En la última década, esta entidad global logró proveer dos nuevos tratamientos contra la malaria y la leishmaniosis visceral, una combinación de drogas contra la leishmaniosis visceral específica para Asia y un tratamiento pediátrico con dosis adaptadas para la enfermedad de Chagas.²



Chile, Isla de Pascua: El Gobierno confirma un nuevo caso de dengue

10 de abril de 2016 – Fuente: EFE

La mítica Isla de Pascua (Rapa Nui), emporio turístico de Chile, registró un nuevo caso de dengue en un niño de cinco años que se recupera de forma satisfactoria, informaron fuentes oficiales.

Famosa por sus esculturas Moai, la Isla de Pascua recibe más de 100.000 turistas extranjeros al año y está situada a 3.600 kilómetros de Chile continental, en el océano Pacífico. Es el único lugar del país donde hay mosquitos *Aedes aegypti*.

El Instituto de Salud Pública (ISP) de Chile, notificó que un niño de cinco años de edad se convirtió en el caso número 28 de dengue en Isla de Pascua. El menor fue tratado de forma ambulatoria y se encuentra en buenas condiciones de salud. Es familiar de un residente que ya había contraído el virus anteriormente.

A propósito del hecho, el Gobierno de Chile renovó una carpeta de recomendaciones para combatir el mosquito.

El alcalde de Isla de Pascua, Pedro Pablo Edmunds Paoa, dijo que es necesario apelar a métodos intensivos – como la fumigación– para impedir que el mosquito termine expandiéndose en la zona, al declararse insatisfecho con los protocolos actuales.

Hace ya más de un mes, el Ministerio de Salud chileno decretó una alerta sanitaria en la isla.



Chile, Región del Biobío: Confirman la muerte de un hombre a causa del virus Hanta

12 de abril de 2016 – Fuente: El Mercurio (Chile)

Las autoridades de salud de la Región del Bío Bío confirmaron la muerte de una persona contagiada con el virus Hanta que permanecía internada en un centro asistencial de la ciudad de Los Ángeles.

Se trata del tercer caso de hantavirosis registrado en lo que va del presente año en esa región del sur del país, y el primero con consecuencias mortales.

La Secretaría Regional del Ministerio de Salud informó que se trata de un trabajador agrícola de 64 años que murió tras ser internado en el Hospital Base de Los Ángeles, luego de que el pasado 1 de abril presentara los primeros síntomas.

La causa del deceso del paciente fue confirmada luego de los análisis realizados por el Instituto de Salud Pública, (ISP), según lo expresó la epidemióloga Andrea Gutiérrez. "Lo confirmó el Instituto de Salud Pública, después que fuera también confirmado a nivel local, pero esperamos siempre lo que dice el Instituto de Salud Pública, que en este caso lo corroboró", dijo la profesional.



Estados Unidos: El uso de preservativos se reduce cuando las jóvenes optan por el DIU en lugar de la píldora anticonceptiva

14 de marzo de 2016 – Fuente: *The Journal of the American Medical Association – Pediatrics*

Las chicas de secundaria que usan anticonceptivos de acción prolongada (como los dispositivos intrauterinos, DIU, y los implantes) son menos propensas a enfocarse en el uso de preservativos que las que toman la píldora anticonceptiva, encuentra un estudio reciente.

² Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Los expertos dicen que los hallazgos muestran que muchas mujeres jóvenes no están prestando suficiente atención a los peligros de las infecciones de transmisión sexual (ITS), que los preservativos ayudan a prevenir.

“Debemos trabajar para crear un mensaje claro sobre la prevención del embarazo y de las ITS”, escribieron la Dra. Julia Potter, del Centro Médico de Boston, y la Dra. Karen Soren, del Centro Médico de la Universidad de Columbia en New York City.

“Se debe fomentar la protección doble para las adolescentes sexualmente activas, de forma que las adolescentes no se vean expuestas a un riesgo de embarazo ni a un riesgo de ITS como resultado de elegir el uso del preservativo versus el uso de anticonceptivos efectivos”, plantearon.

El nuevo estudio fue dirigido por Riley Steiner, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

El equipo de Steiner anotó que el uso de métodos anticonceptivos de acción prolongada, como los DIU e implantes como Nexplanon®, está en aumento entre las adolescentes. Pero al mismo tiempo, alrededor de 50% de todos los casos nuevos de ITS ocurren entre adolescentes y adultos jóvenes, apuntaron los investigadores.

“Hay una clara necesidad de un esfuerzo concertado por mejorar el uso de los preservativos” en las chicas adolescentes que utilizan anticonceptivos de acción prolongada, escribieron.

En el estudio, el grupo de Steiner dio seguimiento al uso de preservativos de casi 2.300 chicas de secundaria sexualmente activas que participaron en la Encuesta Nacional de Conductas de Riesgo en los Jóvenes de 2013.

Los investigadores hallaron que casi 2% de las chicas usaban anticonceptivos reversibles de acción prolongada, y casi 6% usaban la inyección de Depo-Provera®, el parche o el anillo. Por otro lado, poco más de 22% de las adolescentes tomaban la píldora.

Alrededor de 41% de las chicas encuestadas dijeron que usaban preservativos durante las relaciones sexuales, mientras que más o menos 12% dijeron que recurrían al *coitus interruptus* para intentar no quedar embarazadas.

Y los investigadores encontraron que las chicas que usaban anticonceptivos de acción prolongada tenían 60% menos de probabilidades de utilizar preservativos que las chicas que tomaban la píldora.

Las chicas que utilizaban cualquier tipo de anticonceptivo de acción prolongada también eran el doble de propensas que las que usaban Depo-Provera® o la píldora a tener más de una pareja sexual reciente.

No hubo ninguna diferencia en el uso de preservativos entre las chicas que usaban anticonceptivos de acción prolongada y las que utilizaban Depo-Provera®, halló el estudio.

Los investigadores también anotaron que casi 16% de las chicas no usaban ninguna forma de anticonceptivo.

Según Potter y Soren, la moraleja es que “los condones tienen que seguir formando parte de la conversación sobre la salud sexual, porque las ITS son comunes en la población adolescente. Los preservativos y los anticonceptivos de acción prolongada se complementan entre sí. Debemos enviar el mensaje correcto”.³

La Tribuna Honduras: Más de 30.700 afectados por enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti*

11 de abril de 2016 – Fuente: La Tribuna (Honduras)

El viceministro de Salud de Honduras, Francis Contreras, informó que el “trío mortal” del dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre zika ha afectado a 30.768 personas, que fueron picadas por el mosquito *Aedes aegypti*.

Precisó que del total de las enfermedades, 65-70% corresponde a la fiebre zika, aunque la sintomatología es muy parecida a la del dengue y la fiebre chikungunya, pero con consecuencias diferentes.

Indicó que los casos de síndrome de Guillain-Barré (SGB) siguen en aumento, y en tres meses ya se registran 68 casos, así como la muerte de una persona, llamando a la población a tomar todas las medidas de prevención, porque el tratamiento de la enfermedad es altamente costoso y conlleva un largo período de recuperación.

Contreras dijo que no hay relación de muertes directas por fiebre zika, pero las consecuencias que puede tener el virus sí son de mucho cuidado, en especial la microcefalia en los niños recién nacidos y el SGB.

“No vamos a ganar esta batalla si la población no colabora, empezando con la destrucción de los criaderos de mosquitos en sus casas; no esperen que llegue el doctor, el guía de familia, la Comisión Permanente de Contingencias (COPECO) o los bomberos para que le limpien su casa”, demandó.

Para eliminar los criaderos de mosquitos, el fin de semana pasado se ejecutaron mega-operativos en la colonia Villa Unión, en Comayagüela, y en la Villanueva de Tegucigalpa, mientras que pobladores de la Villa de San Francisco, Francisco Morazán, indicaron que ellos también están realizando esa labor.

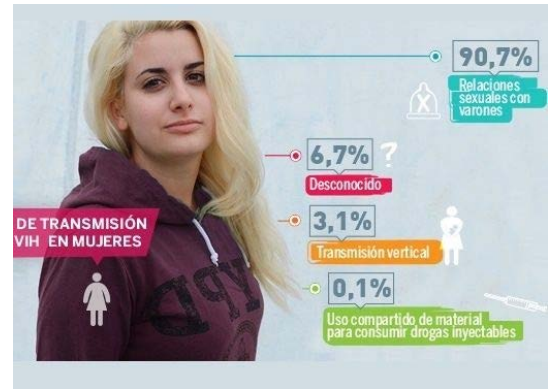


³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

El grupo de mujeres jóvenes representa hoy el sector con mayor riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) debido a su estado de vulnerabilidad social, aunque el mayor número de casos se registra en hombres que tienen contacto sexual con su mismo género.

Son datos de México, pero que se replican en otros países de la región. Alrededor de 21% de los casos de VIH se presenta en el sector femenino –uno de cada cinco individuos infectados–, la mayor parte de éstas (93%) fueron contagiadas por su pareja heterosexual estable, señalaron Patricia Volkow, del Instituto Nacional de Cancerología; Andrea González, de la Secretaría de Salud del gobierno de la Ciudad de México, y Ana Amuchástegui, académica de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Al participar en el Seminario Permanente de Género y Salud, organizado por la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), consideraron que la mayor parte de las mujeres infectadas en su hogar no se identifican como personas en riesgo, de hecho esta enfermedad se engloba dentro de otra epidemia: la violencia hacia las mujeres.



Volkow apuntó que al inicio de la epidemia ellas se situaban en la periferia del “huracán”; sin embargo, hoy ocupan el centro del mismo por constituir la mitad de casos de esta enfermedad en el mundo y, además, sus características sociales y biológicas las coloca en mayor riesgo de contraer el virus y menor posibilidad de protegerse de éste.

Esta epidemia es producto también de las desigualdades y normas de género perjudiciales que promueven prácticas sexuales de riesgo y reducen el acceso de ellas a los servicios de salud reproductiva y sexual, por lo que es importante trabajar “para combatir esas diferencias si se desea aminorar el peso de la epidemia en términos generales, pero muy en particular en mujeres y niñas para que

aprendan a protegerse”. No tienen acceso a una detección a tiempo; uno de los problemas graves en el país es el retraso en la previsión de transmisión de la enfermedad madre-hijo.

El embarazo ofrece la oportunidad de un diagnóstico temprano para evitar la transmisión a un tercero. Por lo que debe cumplirse en el país, por norma, que todas tengan acceso a la prueba de detección de VIH. Por su parte, Andrea González destacó que el tema de la prueba del VIH sigue siendo un tabú en América Latina.

Las adolescentes usuarias de drogas son el grupo de mayor riesgo de infección. El embarazo en adolescentes, la violencia de género y los problemas cognitivos y de salud mental son condiciones que incrementan la vulnerabilidad del género femenino al virus.

Además, planteó la necesidad de reducir la incidencia de embarazos en adolescentes como una medida de salud para evitar riesgos y vulnerabilidades. “El capital social que esto representa podría contribuir a modificar estructuralmente el contexto de riesgo”, señaló.

Para Ana Amuchástegui, psicóloga social y experta en estudios de género, el sexo desprotegido con pareja estable es el principal factor de riesgo para las mujeres, lo que implica que se infecten por prácticas sexuales que por norma cultural deben cumplir: ser monógamas y tener sexo desprotegido.



El mundo

La sarna, el cólera, la tuberculosis o la fiebre tifoidea son algunas de las enfermedades que habían pasado al desván de los recuerdos en Europa pero que ahora amenazan con renacer en los campos de refugiados, explicaron expertos en una conferencia sobre enfermedades infecciosas en Amsterdam.

Cansancio, desnutrición, falta de agua potable, exposición a gérmenes por las malas condiciones sanitarias, todo ello convierte a los refugiados en presa fácil de enfermedades que normalmente se pueden prevenir pero que, como tienen sus sistemas inmunitarios disminuidos, pueden tener consecuencias dramáticas.

Muchas enfermedades infecciosas han reaparecido en los campos y de allí podrían pasar a las poblaciones aledañas. “Existe el riesgo de un problema en el futuro”, advirtió Hakan Leblebicioglu, especialista turco en enfermedades infecciosas.

La tuberculosis, la poliomielitis y la rubéola “deberían ser consideradas como amenazas en ciernes para los refugiados, pero también para las regiones donde haya campos, y quizás para Europa”, advirtió.

Sin embargo otros participantes de la conferencia minimizan el riesgo de transmisión fuera de los campos porque “los migrantes están marginados”, según el italiano Alberto Mattelli.

Cada vez llegan más refugiados desde países donde esas enfermedades son persistentes, coincidiendo con la resistencia cada vez mayor de los microorganismos a los antibióticos.

Las agencias humanitarias recuerdan que más de un millón de refugiados llegaron a Europa en 2015 y otros 180.000 en lo que va de 2016, la peor crisis de desplazados desde el final de la Segunda Guerra Mundial.

Uno de los principales problemas es la falta de protocolos comunes europeos para detectar infecciones en los campos, tratarlas y vacunar a las poblaciones.

“No hay un protocolo europeo” afirmó Nicholas Beeching, de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool.

Se han registrado varios brotes infecciosos en campos de refugiados: rubéola en Francia y Turquía, sarna en Países Bajos, salmonelosis en Alemania e infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) en Suiza.

Leblebicioglu explicó que las razones de estos brotes son diversas porque los refugiados “viven en campos superpoblados y con escasas condiciones de higiene. En algunos, además, hay un problema de acumulación de basura”.

Beeching añadió que también hay casos de obstáculos culturales o lingüísticos que pueden interferir entre los refugiados y los profesionales de la salud.

Los expertos consideran importante obtener más fondos para poner en marcha una política común de exámenes y detección de infecciones.

Mattelli advirtió que, por ejemplo, sólo un tercio de los países europeos realiza exámenes para detectar la tuberculosis.

Otra fuente de inquietud son los virus, por ejemplo el de la rubéola o el del sida. Investigadores daneses advirtieron que la incidencia de contagios de VIH entre los migrantes es mayor y que además reciben los diagnósticos con mayor retraso.

Esto tiene consecuencias “en términos de riesgos de transmisión por individuos que no son conscientes de su estado”, dijo Laura Deen, experta de la Universidad de Copenhague.



Kenya reportó dos casos importados de fiebre amarilla

6 de abril de 2016 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 15 y el 18 de marzo de 2016, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Kenya notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos casos importados de fiebre amarilla.

Ambos casos son varones nacionales kenianos, de unos 30 años de edad, que trabajan en Luanda, Angola. Ambos viajaron estando sintomáticos y no estaban vacunados contra la fiebre amarilla antes de viajar a Angola.

El primer caso desarrolló síntomas el 8 de marzo en Luanda y viajó a Kenya el 12 de marzo. A su llegada fue hospitalizado en una clínica privada en Nairobi y derivado más tarde a otro centro de atención médica. El paciente murió después de sufrir un fallo multiorgánico.

El segundo caso desarrolló síntomas el 1 de marzo en Luanda, y voló de regreso a Kenya el 7 de marzo. Luego viajó a su ciudad natal (Namanga) en la frontera entre Kenya y Tanzania. Volvió a Nairobi para buscar tratamiento el 11 de marzo, donde fue hospitalizado. El paciente fue tratado y dado de alta después que se recuperara.

Muestras de ambos casos fueron estudiadas por el Instituto de Investigación Médica de Kenya (KEMRI), mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) y ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA). La RT-PCR fue negativa en ambos casos; sin embargo, las muestras dieron positivo para el anticuerpo IgM anti-fiebre amarilla. Actualmente se está realizando la prueba de neutralización por reducción de placa (PRNT).

Respuesta de salud pública

El gobierno keniano ha adoptado las siguientes medidas:

- instar a todos los Departamentos de Salud del país y las partes interesadas pertinentes a intensificar la vigilancia de enfermedades, en particular la fiebre amarilla, en los puntos de ingreso y dentro del país;
- llevar a cabo actividades de movilización social;
- activar un grupo de trabajo nacional para gestionar los casos importados detectados;
- fortalecer la capacidad del laboratorio de referencia;
- reactivar el grupo de trabajo nacional de fiebres hemorrágicas virales (FHV) para actualizar los planes de preparación y de respuesta inmediata;
- proporcionar información a los viajeros sobre la vacunación contra la fiebre amarilla e implementar el control de los certificados de vacunación contra la fiebre amarilla en los puntos de ingreso.

Evaluación de riesgos de la OMS

El riesgo de transmisión local sostenida se considera mínimo ya que la densidad del vector competente, *Aedes aegypti*, en Nairobi es muy baja y ninguno de los dos casos llegó en estado de viremia. Sin embargo, es importante destacar que la introducción de la fiebre amarilla representa una amenaza potencial en áreas del país donde los fac-

tores de riesgo de fiebre amarilla están presentes (susceptibilidad humana, prevalencia del vector competente, reservorios animales). La posibilidad de una posterior propagación internacional de la enfermedad desde Kenya a otros países también se considera baja; sin embargo, el reporte de la infección por fiebre amarilla en viajeros no inmunizados que regresan de un país donde la vacunación contra la enfermedad es obligatoria subraya la necesidad de reforzar la aplicación de los requisitos de vacunación, de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). La OMS sigue monitoreando la situación epidemiológica y evaluando el riesgo con base en la última información disponible.

Recomendaciones de la OMS

La OMS insta a los Estados Miembros, especialmente aquellos en los que es posible que se establezca un ciclo local de transmisión (es decir, donde está presente el vector competente), a reforzar el control del estatus inmunitario de los viajeros a todas las áreas potencialmente endémicas.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes ni al comercio con Kenya con base en la información actualmente disponible.

AP

República Centroafricana: Hambre y enfermedad amenazan a los niños

11 de abril de 2016 – Fuente: The Associated Press

Tres años después de que estallara un conflicto armado en República Centroafricana, los mayores asesinos de niños en el país no son las balas sino la malnutrición, la malaria, las infecciones respiratorias y la diarrea, dijo el 10 de abril la Organización de Naciones Unidas (ONU).

La tasa de mortalidad en los menores de cinco años está ahora por encima de los niveles de emergencia en 11 de las 16 prefecturas en todo el país y en la capital, Bangui, "lo que supone un incremento significativo desde los niveles previos a la crisis", explicó Stephane Dujarric, portavoz de la ONU.

La Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) indicó en su último boletín que los International Medical Corps habían reportado que uno de cada seis niños de estas zonas sufre malnutrición severa.

Desde que comenzaron en 2013, la violencia y la inestabilidad en República Centroafricana han forzado a un millón de personas a abandonar sus hogares y dejado a 2,5 millones de personas –más de la mitad de la población– en problemas para cubrir sus necesidades básicas, dijo la OCHA.

La OCHA citó al Dr. Sambo Soule, un médico nigeriano que dirige un centro de nutrición para los International Medical Corps en la prefectura de Vakaga, señalando que las tasas de malnutrición severa tocan techo cada año entre abril y noviembre, la temporada de menor producción de alimentos, pero que la combinación del conflicto y el acceso restringido a la comida han hecho que el aumento sea más brusco este año.

La OCHA estima que antes del estallido de la violencia, los niveles de malnutrición de los menores de cinco años eran extremadamente altos debido a la pobreza, un frágil sistema sanitario, falta de acceso a agua limpia y saneamiento, y malas prácticas de alimentación infantil.

En la población general, un análisis del Programa Mundial de Alimentos de la ONU determinó en febrero que los niveles de hambre son también llamativamente altos, y una de cada dos personas no consigue suficiente comida. "Esto multiplica por dos la tasa de 2015", apuntó la agencia.

"La ONU busca 531 millones de dólares para ayudar a alrededor de 1,9 millones de personas necesitadas", dijo Dujarric. República Centroafricana ha acaparado titulares hace poco por las acusaciones de violaciones de menores y otros abusos sexuales cometidos por fuerzas de paz en el país, entre las que habría tropas de la ONU y Francia.



Zambia, Lusaka: Comienza la mayor campaña de vacunación oral contra el cólera jamás llevada a cabo

12 de abril de 2016 – Fuente: Médicos sin Fronteras

La mayor campaña de vacunación contra el cólera jamás llevada a cabo acaba de comenzar en Lusaka, la capital de Zambia. Se prevé que más de medio millón de personas reciban la vacuna oral contra esta enfermedad en un esfuerzo por frenar el brote que comenzó en febrero en las zonas de mayor hacinamiento de la ciudad. Desde entonces y hasta el pasado 7 de abril, se habían notificado un total de 664 casos y 12 muertes en esta ciudad.

"Lusaka ha sufrido varias epidemias de cólera en el pasado, pero este es el primer brote que se produce desde 2010. Habiendo pasado tanto tiempo desde el último brote, la población tiene poca o ninguna inmunidad adquirida a la enfermedad, lo cual ha facilitado la transmisión del cólera en estas áreas densamente pobladas y propensas a las inundaciones", dijo Caroline VouÛte, coordinadora de emergencias de Médicos Sin Fronteras (MSF).

MSF trabaja en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud de Zambia y la Organización Mundial de la Salud para llevar a cabo la campaña de vacunación, que se espera dure dos semanas.

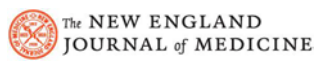


En Lusaka, alrededor de 1,2 millones de personas viven en condiciones de hacinamiento en una serie de asentamientos informales donde cada año, cuando empieza la temporada de lluvias, se incrementan las posibilidades de que aparezcan brotes de la enfermedad. Este año, la temporada de lluvias se retrasó, haciendo que los pozos más profundos se secaran y obligando a la población a obtener agua de pozos poco profundos que carecen de protección. Cuando llegaron las lluvias, las aguas se mezclaron con el agua procedente del desbordamiento de letrinas, creando ríos y balsas de agua contaminada que las personas se ven obligadas a atravesar. Esto ha creado el ambiente ideal para que se dé un brote de cólera a gran escala.

La campaña de vacunación se dirige a 578.000 personas. Ocho miembros del personal internacional de MSF, 19 trabajadores del Ministerio de Salud de Zambia y 1.135 voluntarios de la comunidad de Lusaka llevarán a cabo la campaña en 39 puntos de los cuatro barrios de infraviviendas más afectados de Lusaka: Kanyama, Bauleni, George y Chawama.

Paralelamente, el Ministerio de Salud continuará atendiendo a los pacientes en varios centros de tratamiento del cólera de la capital, y está trabajando para mejorar las condiciones de higiene y saneamiento en estos barrios, mediante la desinfección de los hogares, llevando a cabo actividades de educación para la salud y distribuyendo solución de cloro.

“La vacunación contra el cólera puede ser eficaz para detener una epidemia, pero no es la única solución. Siempre se debe combinar con el tratamiento de los pacientes y la educación para la salud. Al mismo tiempo, se debe garantizar el acceso al agua potable y trabajar para poner en marcha las medidas de higiene y saneamiento adecuadas. Esa es la única manera de reducir el riesgo de futuras epidemias”, dice Voûte.⁴



Un nuevo régimen de tratamiento reduce la severidad de la malaria resistente a los fármacos en el embarazo

15 de marzo de 2016 – Fuente: *The New England Journal of Medicine*

Un tratamiento preventivo de dos fármacos reduce en gran medida la severidad de la malaria durante el embarazo, según un estudio financiado por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de Estados Unidos. La terapia ofrece una alternativa para muchas partes de África donde el parásito *Plasmodium falciparum*, causante de la malaria, se ha vuelto resistente al tratamiento estándar.

El embarazo disminuye las defensas del organismo contra los parásitos que causan la malaria, y la malaria durante la gestación eleva el riesgo de muerte materna e infantil. Sin embargo, incluso en zonas donde las madres tienen un alto nivel de inmunidad, los parásitos de la malaria pueden infectar la placenta, privando al feto de nutrientes e incrementando las posibilidades de bajo peso al nacer, parto prematuro e infección.

El régimen de dos medicamentos, dihidroartemisinina-piperaquina, pareció proporcionar una alternativa fiable para el tratamiento estándar, la sulfadoxina-pirimetamina, a las participantes en el estudio. Los autores señalan que en el África Subsahariana, la malaria durante el embarazo es responsable de hasta 20% de los partos con bajo peso al nacer y más de 100.000 muertes infantiles cada año.

“En promedio, las mujeres embarazadas que viven en el área de estudio soportan un estimado de 310 picaduras de los mosquitos portadores de la malaria cada año”, apuntó Rohan Hazra, jefe de la División Materna y Pediátrica de Enfermedades Infecciosas en el Instituto Nacional Eunice Kennedy Shriver de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD) de los NIH, que financió el estudio. “Esta combinación de fármacos parece ofrecer un añadido bienvenido a nuestras defensas contra esta enfermedad debilitante y que amenaza la vida”, agregó.

En el estudio participaron 300 mujeres embarazadas de Tororo, Uganda, desde junio hasta octubre de 2014, todas mayores de 16 años, que estaban entre las 12 y las 20 semanas de embarazo. Las mujeres fueron asignadas al azar a uno de tres grupos de tratamiento preventivo.

Un tratamiento mensual ofrece los mejores resultados

El primero recibió dihidroartemisinina-piperaquina en tres intervalos: 20, 28 y 30 semanas de embarazo. Al segundo grupo se le suministró la misma combinación de fármacos, pero una vez cada mes. El grupo de comparación



⁴ Las vacunas contra el cólera están emergiendo como una nueva herramienta para el control de la enfermedad y se han utilizado en los últimos años para prevenir con éxito los brotes en emergencias complejas, para frenar las epidemias de cólera o para reducir la carga de la enfermedad en los países donde es endémica. Generalmente, la administración de la vacuna es recomendada en dos dosis. Sin embargo, debido al número limitado de vacunas que están disponibles a nivel mundial, y para frenar el brote de Lusaka lo más rápidamente posible, la administración de una sola dosis al doble de personas será más eficiente para maximizar rápidamente la “inmunidad del grupo” poblacional.

Entre los años 2003 y 2010, 30.000 personas se vieron afectadas por la enfermedad en Lusaka y 860 perdieron la vida. La última epidemia de cólera en la ciudad tuvo lugar en 2010.

Médicos Sin Fronteras (MSF) empezó a trabajar en Zambia en 1999. Los proyectos incluían un programa de salud reproductiva en el distrito Luwingo, que se entregó al Ministerio de Salud en 2013, y los esfuerzos de respuesta al cólera, que se llevaron a cabo en coordinación con el Ministerio de Salud durante siete años. Un equipo de MSF llegó en marzo de 2016 para ayudar al Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud en el control de la epidemia de cólera y la implementación de una campaña de vacunación contra el cólera.

recibió sulfadoxina-pirimetamina, el tratamiento estándar, a las 20, 28 y 30 semanas de embarazo. Se realizaron exámenes mensuales a las participantes, con análisis de sangre regulares para la malaria.

Los investigadores evaluaron a las mujeres para la infección de malaria en la placenta, un diagnóstico realizado para buscar parásitos en la placenta en el momento del nacimiento o mediante la observación de la presencia de pigmento que el parásito deposita en el tejido después de que digiere células sanguíneas.

Los autores confirmaron la malaria placentaria en 50% de las mujeres del grupo de sulfadoxina-pirimetamina. Entre el grupo que recibió tres dosis de dihidroartemisinina-piperaquina, 34,1% tenía malaria placentaria, en comparación con 27,1% en el grupo de tratamiento mensual.

Muchas de las mujeres que no tuvieron síntomas de malaria durante el embarazo, sin embargo, presentaban pigmento de la malaria en la placenta. No obstante, grandes depósitos del pigmento de la malaria eran más probables en el grupo de sulfadoxina-pirimetamina y menos en las gestantes del grupo mensual de dihidroartemisinina-piperaquina.

Los científicos también evaluaron a las mujeres y los niños en el estudio en cuanto a sufrir un resultado adverso en el nacimiento, como aborto espontáneo, muerte fetal, bajo peso al nacer, parto prematuro o defectos de nacimiento. El riesgo de cualquier resultado adverso al nacer fue menor en el grupo dihidroartemisinina-piperaquina mensual (9,2%) que en el grupo de tres dosis (21,3%) o el grupo de sulfadoxina-pirimetamina (18,6%).

El equipo de expertos de este trabajo concluye que la dosis mensual de dihidroartemisinina-piperaquina proporciona la mejor protección contra la malaria e invita a realizar estudios adicionales para determinar si la combinación de fármacos proporcionaría un tratamiento alternativo eficaz en otras partes de Uganda y en otros lugares de África.⁵

⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

Campaña Nacional de Prevención

No TOMES

Evita jugar con cohetes o pólvora.



Aléjate del lugar en donde cocinan.



Cuidado con los contactos.



Nunca tomes cerillos, encendedores, velas y veladoras.



Mantente lejos de cables de luz.



Templa el agua antes de bañarte.





En caso de incendio **no te escondas** para que los bomberos te puedan encontrar.



Gatea como bebé debajo del humo.



Si tu ropa se incendia, Chispas te aconseja...

1



Detente

2



Tírate al suelo y cubre tu cara

3



Rueda hasta apagar te



Fundación
MICHOU Y MAU, I.A.P.
para niños quemados

Donativos a la cuenta #4153654 Suc. 0298 Banamex
Tel. 56 65 33 50/ 55 28 33 98/ 56 66 73 53
Del interior de la República Mexicana 01 800 080 81 82
fmym@avantel.net/ www.funadacionmichouymau.org

Fundación Michou y Mau (México).

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.