



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Noticias

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

Córdoba

- Comenzó la campaña de vacunación antigripal
- El departamento General San Martín tiene la tasa más alta de infecciones por el VIH

Argentina

- Vigilancia de rabia animal (en perros, gatos y hurones)
- Chaco: Confirman 30 casos de fiebre zika

América

- Brasil: Actualización de la situación del brote de fiebre amarilla
- Ecuador, Quito: Enfermedades tropicales en cuatro parroquias rurales
- Estados Unidos, New México: Primer deceso por hantaviriosis del año

- México: Las fallas en los hospitales revelan la crisis de la seguridad social

El mundo

- China: Nuevos casos humanos de influenza aviar A(H7N9)
- España: Primer caso humano de infección por *Brucella suis*
- Estados Unidos, Hawai'i: Seis casos de angiostrongilosis en Maui
- Nigeria: Ya suman 438 los muertos por un brote de meningitis
- Portugal: Se eleva a cinco el número de casos confirmados de sarampión
- Las devastadoras consecuencias del recorte de Estados Unidos al UNFPA



Número 1.903

10 de abril de 2017

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

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.)

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.circulomedicocba.org/



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/



www.sadip.net/



Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/



La Declaración de Berlín

La Declaración de Berlín sobre el Conocimiento en las Ciencias y Humanidades para el Desarrollo Sustentable

Un borrador de la Declaración de Berlín sobre el Conocimiento en las Ciencias y Humanidades para el Desarrollo Sustentable se distribuyó en las Publicaciones Académicas en la Conferencia Europea, celebrada en Berlín el 17 de enero de 2017. Aún no es un hito en el movimiento global para el Desarrollo Sustentable. Pero, con un poco de compromiso, tal vez podamos hacer algo más que la esperanza de lo que podría ser.

Lo invitamos a leer el texto completo, en inglés, de la Declaración de Berlín, y a firmar la misma haciendo clic [aquí](#).



Córdoba

Comenzó la campaña de vacunación antigripal

7 de abril de 2017 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

El ministro de Salud de Córdoba, Francisco José Fortuna, dio inicio formal el 7 de abril a la campaña de vacunación antigripal 2017, en el vacunatorio del Área de Epidemiología, ubicado en el ex Hospital San Roque.

Como cada año, esta vacuna está disponible en forma gratuita y obligatoria en los 800 vacunatorios de toda la provincia, para los siguientes grupos de riesgo:

- Mujeres embarazadas, en cualquier trimestre de la gestación.
- Puérperas hasta 10 días después del parto, si no la han recibido durante el embarazo.
- Niños de entre 6 y 24 meses (dos dosis separadas por cuatro semanas).
- Adultos a partir de los 65 años.
- Personas de entre 2 y 64 años con enfermedades crónicas, con certificado médico (como enfermedades cardíacas, respiratorias, renales crónicas, inmunodepresión, diabetes y obesidad, entre otras).
- Equipos de salud

El objetivo de la inclusión de la vacuna de la influenza en el calendario es disminuir las internaciones, complicaciones, secuelas y mortalidad en la población en riesgo, por eso solo se destina a estos grupos. “La población que vamos a vacunar son alrededor de 600.000 personas, en toda la provincia de Córdoba”, precisó Fortuna.

El ministro informó que durante la campaña del año pasado se vacunaron alrededor de 540.000 personas. Y enfatizó la necesidad de que los niños reciban la segunda dosis correspondiente, dado que en general se logran altas coberturas en la primera dosis, pero no se alcanzan las cifras ideales en la segunda, que completa la inmunización.

Como el organismo tarda entre una y dos semanas en generar la protección necesaria, es recomendable concurrir a vacunarse antes del invierno. “El mejor momento para vacunarse es ahora, este año estamos empezando la vacunación tres semanas antes”, señaló Fortuna.

No obstante, durante los meses subsiguientes y mientras haya circulación de los virus, las dosis estarán disponibles en los vacunatorios, para que todas las personas de los grupos de riesgo puedan completar sus esquemas.

Cabe recordar que la formulación de la vacuna cambia en cada campaña, de acuerdo a las cepas del virus circulante, por lo cual es necesario acudir a inmunizarse nuevamente cada año.

Contra el neumococo

Este año, la campaña también se toma como oportunidad para colocar las vacunas contra el neumococo, que previenen las neumonías y la meningitis. Estas vacunas las deben recibir, también en forma gratuita, los siguientes grupos de riesgo:

- Bebés de 2, 4 y 12 meses.
- Personas de entre 2 y 64 años con enfermedades crónicas, con certificado médico.
- Adultos a partir de los 65 años.

En el caso de las mujeres embarazadas, es importante recordar además la importancia de la vacuna triple bacteriana acelular, contra la tos convulsa, que debe aplicarse a partir de la semana 20 de gestación. Esta vacuna tiene como objetivo proteger tanto la salud de la mujer embarazada, como luego al recién nacido, a través de los anticuerpos que le transmite la madre.

5 de abril de 2017 – Fuente: La Voz del Interior (Argentina)

Un relevamiento del Ministerio de Salud de Córdoba mostró a Villa María y a su zona de influencia como el área con mayor tasa de incidencia de personas infectadas con VIH en la provincia. Los números para 2015 reportaban 29 infectados y seis enfermos cada 100.000 habitantes, un porcentaje que luego se estabilizó, según funcionarios locales.

En cantidad de personas con VIH, el departamento Capital es el que más suma. Pero en proporción a los habitantes, la tasa más alta se da en el departamento General San Martín, del que Villa María es cabecera.

Los datos oficiales, divulgados en 2016, generaron preocupación y alertas en esta ciudad, también por la existencia de otras infecciones de transmisión sexual, como sífilis y hepatitis C.

Los varones adolescentes heterosexuales son el grupo que encabeza la aparición de nuevas infecciones de VIH. La falta de información y de prevención al momento de mantener relaciones sexuales sería la principal causa.

María Soledad Frola, infectóloga del Hospital Regional 'Dr. Louis Pasteur', afirmó que en 98% de los casos la infección se produce por una relación sexual no protegida. Comentó que estas conductas provienen de la "desinformación y de falta de prevención" y sostuvo que se debe plantear la educación desde la primera infancia. "Es importante lo que transmiten los padres y la educación formal. Evidentemente, está fallando cómo se transmite esa información a los adolescentes", opinó la infectóloga.

El secretario de Salud del municipio, Humberto Jure, señaló que en un chequeo realizado en las escuelas detectaron que "los adolescentes no están usando preservativo en sus primeras relaciones".

"Hay adolescentes que lo usan sólo pensando en no quedar embarazadas. Y si toman pastillas sienten que ya están protegidas de todo", advirtió Frola.

La falta de uso del preservativo también fue mencionado por Cecilia Ambrogio, docente de Biología y vicedirectora del Instituto Provincial de Enseñanza Media (IPEM) N° 275. "Los adolescentes no piensan demasiado en cuidarse. Hay que verlo en un contexto en el que tampoco se cuidan con la alimentación, o en el modo de tratarse entre ellos. La sociedad funciona sin la cultura del cuidado. Lo vemos en cómo los padres llevan a sus hijos en moto, por ejemplo", amplió.

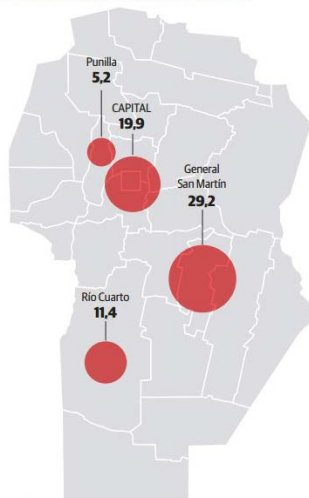
Para Ambrogio, no todo pasa por lo que se habla en el aula, donde los chicos "escuchan y se interesan por los contenidos de prevención de enfermedades, pero no los aprenden". Opinó que, como en muchas problemáticas sociales, es un tema más global: "Hay jóvenes y familias abandonadas a su suerte. No aprendieron a valorarse, y no se cuidan", consideró.

Sin embargo, esas interpretaciones no parecen explicar la razón por la que sobresale esta región sobre otras en el relevamiento, ya que además es una de las zonas que mayor nivel de prestaciones en salud pública y privada tienen en el interior cordobés.



Cuatro departamentos bajo la lupa

Tasa cada 100 mil habitantes de infectados con VIH en 2015.



Otras miradas

Los datos epidemiológicos provinciales llevaron al Gobierno municipal a abrir un consultorio de salud pública específico para recibir consultas sobre enfermedades infecciosas.

"Fue a pedido de los grupos de mayor riesgo, personas trans y trabajadoras sexuales, pero se atiende a la población en general", explicó Jure.

Además de la atención clínica, se trabaja en la identificación de los casos. Por las noches realizan relevamientos en la zona de la "ruta pesada", una avenida donde diariamente personas ofrecen relaciones sexuales por dinero.

La ley provincial que prohíbe los prostíbulos no modificó una costumbre arraigada y conocida sobre el ejercicio de la prostitución en avenida Maciel.

"En algunos sectores está instalado esto de mantener relaciones sexuales sin protección", dijo Jure. Travestis han señalado a agentes municipales que hay clientes que piden que sea de esa manera. Si bien los prostíbulos ya no están a la vista, se supone que siguen existiendo reductos "con menos control que antes", señaló el funcionario. "Estamos viendo de qué manera podemos incidir sobre eso", agregó.

En el hospital Pasteur hay actualmente 185 personas en tratamiento a través del Programa Nacional de VIH/Sida, y reciben atención, controles de carga viral y medicación gratuita. Los recursos están, pero no todos los pacientes siguen el tratamiento.

Según Frola, la adherencia deseable debería ubicarse por encima de 90%. Pero Jure señaló que "de los casos diagnosticados, poco menos de la mitad continúa con el tratamiento".

Entre el hospital provincial Pasteur y el municipio se inició un trabajo conjunto para abordar la problemática, sumando a colegios y centros barriales de salud.

Los números en la provincia

En la provincia de Córdoba se lleva el registro de los casos de VIH/sida desde 1985, y desde entonces a noviembre de 2016 se han notificado 10.045 infectados. De ellos, hubo 3.611 enfermos y se reportaron 814 fallecidos. Las cuatro regiones con más casos son las siguientes:

- Departamento General San Martín: unos 368 infectados, 163 enfermos y 22 fallecidos, con una tasa de 29,2 infectados y 6,1 enfermos cada 100.000 habitantes.
- Departamento Capital: entre 1985 y 2016 se notificaron 5.966 infectados, 2.233 enfermos y 511 fallecidos, con una tasa de incidencia de 19,9 infectados y 3,4 enfermos cada 100.000 habitantes en 2015.
- Departamento Río Cuarto: unos 555 infectados, 302 enfermos y 70 fallecidos, con una tasa de 11,4 infectados y 4,5 enfermos en 2015.
- Departamento Punilla: unos 46 infectados, 164 enfermos y 35 fallecidos, con una tasa de 5,2 infectados y 1,6 enfermos cada 100.000 habitantes en 2015.

Argentina



Vigilancia de rabia animal (en perros, gatos y hurones)¹

3 de abril de 2017 – 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 2016/2017, hasta semana epidemiológica 7. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.²

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	2	—	—	—
Córdoba	—	—	5	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	3	—	3	—
Centro	5	—	8	—
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	—	—	—	—
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	1	1	—	—
Santiago del Estero	—	—	—	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	1	1	—	—
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	2	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	2	—
Total Argentina	6	1	10	—



Chaco: Confirman 30 casos de fiebre zika

8 de abril de 2017 – Fuente: Norte (Argentina)

El Ministerio de Salud Pública de Chaco, a través de la Dirección de Epidemiología, informó que ya ascienden a 30 los casos confirmados de fiebre zika en la Provincia. Los especialistas aconsejan a toda la población extremar las medidas preventivas tanto personales como en los hogares y en los espacios comunes. La titular de la cartera sanitaria, Mariel Crespo, explicó que si bien el número de casos aumentó, sólo quedan tres muestras en estudio, lo que indicaría un posible estacionamiento o meseta de la enfermedad.

¹ El hurón (*Mustela putorius furo*), la variedad domesticada del turón europeo, ha sido incorporado a los casos publicados en esta tabla ya que está incluido en la vigilancia de la rabia animal en animales domésticos, si bien no se han reportado casos.

² Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.



Hasta la fecha, los casos confirmados de fiebre zika son de pacientes oriundos de El Sauzalito y uno de Presidencia Roque Sáenz Peña. Los equipos sanitarios continúan llevando adelante las medidas comprendidas en el protocolo de acción: fumigación peridomiciliar y aplicación de larvicidas; descacharrado y eliminación de criaderos; entrega de repelentes y profilácticos; búsqueda activa de febriles; y asesoramiento integral respecto de los cuidados en los hogares.

La titular de la cartera sanitaria afirmó que se están redoblando los esfuerzos de contención y prevención de fiebre zika, dengue y fiebre chikungunya en toda la provincia, y en especial en la Región V. "Desde Salud comunicamos de forma permanente los datos actualizados de los

casos porque consideramos relevante mantener a la comunidad informada para poder reforzar las acciones mancomunadas con los vecinos" expresó.

Por su parte, la Directora de Epidemiología, Mariela Fabiani, indicó que la detección de casos implica que el sistema está funcionando a pleno, lo que permite identificar y efectuar las medidas del protocolo de forma temprana para prevenir el brote de la enfermedad.

Fabiani recordó que "es fundamental que junto a los operativos de contención y prevención que desde el Gobierno provincial se están realizando desde el mes de septiembre, las comunidades acompañen con tareas de saneamiento en sus hogares de forma constante y siempre tener presente la consulta inmediata ante síntomas".

Acciones ininterrumpidas

Crespo adelantó que esta semana se coordinó con el Ejército Argentino la utilización de móviles Unimog para llevar medicamentos, insumos y mercadería para los equipos que están trabajando en la zona de El Sauzalito; también reforzarán la atención con profesionales médicos. En el mismo sentido reiteró que desde septiembre se está aunando esfuerzos con distintas entidades del Gobierno provincial y otras como el Ministerio de Salud de la Nación. "Funcionarios locales de manera permanente están recorriendo y tomando contacto con los equipos sanitarios y las comunidades", afirmó.

La ministra también informó que el 12 de abril, autoridades de Salud recorrerán la zona de El Sauzalito para verificar las condiciones y llevarán insumos en el helicóptero de la provincia. En los operativos previstos para las siguientes semanas colaborarán agentes de Defensa Civil y Desarrollo Social, entre otros, para atender estos casos y a una parte de la población que debido a las precipitaciones y el crecimiento del río Teuco se encuentra aislada.

América



Brasil: Actualización de la situación del brote de fiebre amarilla

6 de abril de 2017 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

Hasta el 6 de abril, fueron notificados al Ministerio de Salud de Brasil 2.210 casos sospechosos de fiebre amarilla selvática. De éstos, 604 (27,3%) fueron confirmados, 552 (25,0%) siguen bajo investigación, y 1.054 (47,7%) fueron descartados (ver Tabla 2).

De las 302 muertes notificadas, 202 (66,9%) fueron confirmadas, 48 (15,9%) aún se investigan y 52 fueron descartadas; la tasa de letalidad entre los casos confirmados es de 33,4%. Los estados de Bahía, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo y Tocantins, y el Distrito Federal son los que tienen casos confirmados y/o en investigación (ver Tabla 2).

Tabla 2. Casos y muertes notificadas, según unidad federativa y situación. Brasil. Año 2017, hasta el 6 de abril. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

Unidad Federativa	Casos					Muertes				
	Notificados	Confirmados	En investigación	Descartados	Municipios afectados	Notificadas	Confirmadas	En investigación	Descartadas	Municipios afectados
Minas Gerais	1.440	438	260	742	149	212	148	37	27	57
Espírito Santo	476	146	219	111	49	61	43	9	9	25
São Paulo	93	5	8	80	54	10	4	1	5	9
Goiás	31	—	1	30	17	—	—	—	—	—
Rio de Janeiro	52	11	38	3	11	3	3	—	—	1
Bahía	20	—	8	12	13	—	—	—	—	—
Paraná	11	—	9	2	8	—	—	—	—	—
Rio Grande do Sul	11	—	4	7	9	—	—	—	—	—
Distrito Federal	15	—	1	14	1	—	—	—	—	—
Pará	14	4	3	7	10	5	4	—	1	3
Tocantins	6	—	1	5	4	1	—	1	—	1
Otras	41	—	—	41	17	10	—	—	10	6
Total	2.210	604	552	1.054	342	302	202	48	52	102

Las curvas epidémicas estratificadas por Unidad Federativa evidencian la dispersión espacio-temporal de la circulación viral, con casos recientemente confirmados en el Estado de Rio de Janeiro. Hubo una reducción en el número

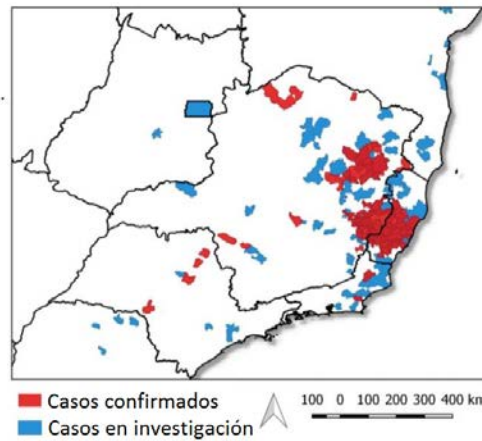
de notificaciones en el estado de Minas Gerais (último caso confirmado con inicio de síntomas el 6 de marzo). En Espírito Santo hubo un incremento en el número de casos notificados, principalmente provenientes de los municipios del sur del estado.

El perfil demográfico de los casos confirmados coincide con el que generalmente se observa en brotes de fiebre amarilla selvática, con la mayor parte de los casos en pacientes de sexo masculino y edad económicamente activa, ya que estos individuos se exponen con mayor frecuencia a áreas y situaciones de riesgo, en especial a causa de sus actividades laborales.

Epizootias en primates no humanos

Hasta el 6 de abril de 2017 fueron notificadas al Ministerio de Salud 2.871 epizootias en primates no humanos (PNH), de las cuales 997 permanecen bajo investigación, 77 fueron descartadas y 474 fueron confirmadas para fiebre amarilla por criterio laboratorial o vínculo epidemiológico con epizootias en PNH o casos humanos confirmados en áreas afectadas (municipios con evidencia de circulación viral) y ampliadas (municipios limítrofes con aquellos afectados), las cuales involucraron a 4.434 animales.

Mapas 1 y 2. Distribución geográfica de los casos sospechosos de fiebre amarilla, según municipio y clasificación. Brasil. Desde el 1 de diciembre de 2016 hasta el 16 de marzo de 2017. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.



Mapa 3. Distribución de áreas según recomendación de vacunación contra la fiebre amarilla. Brasil. Al 6 de abril de 2017. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

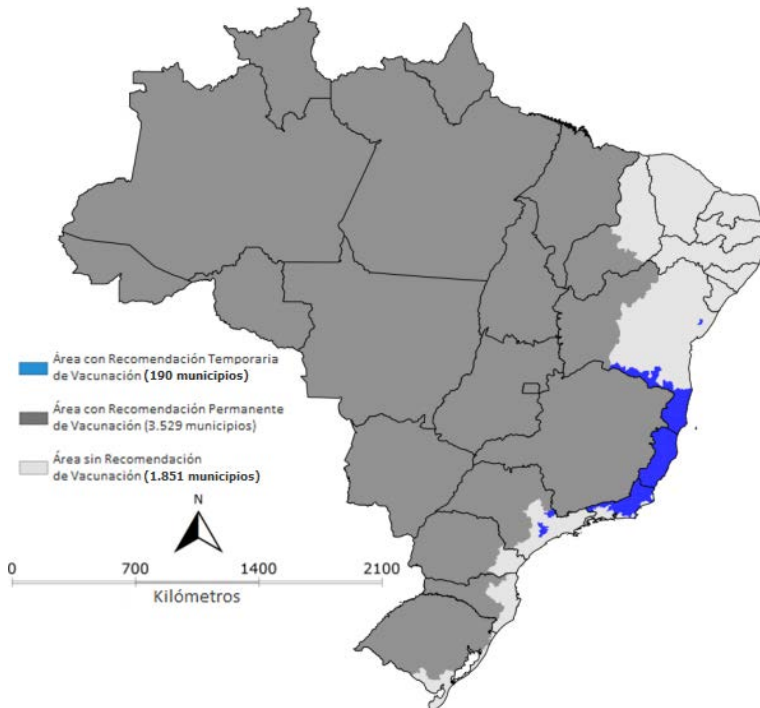
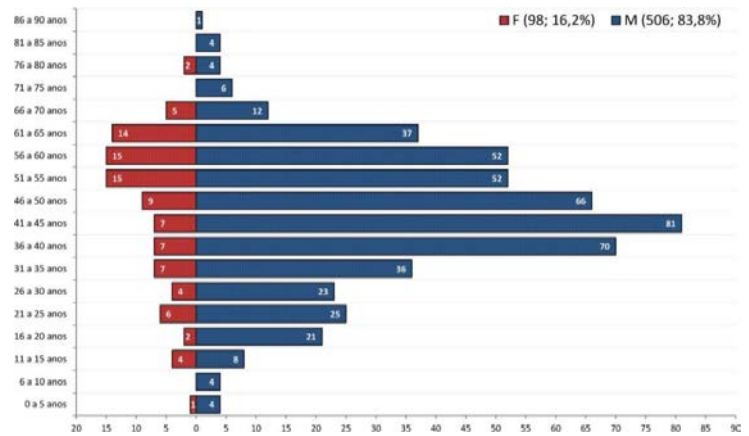
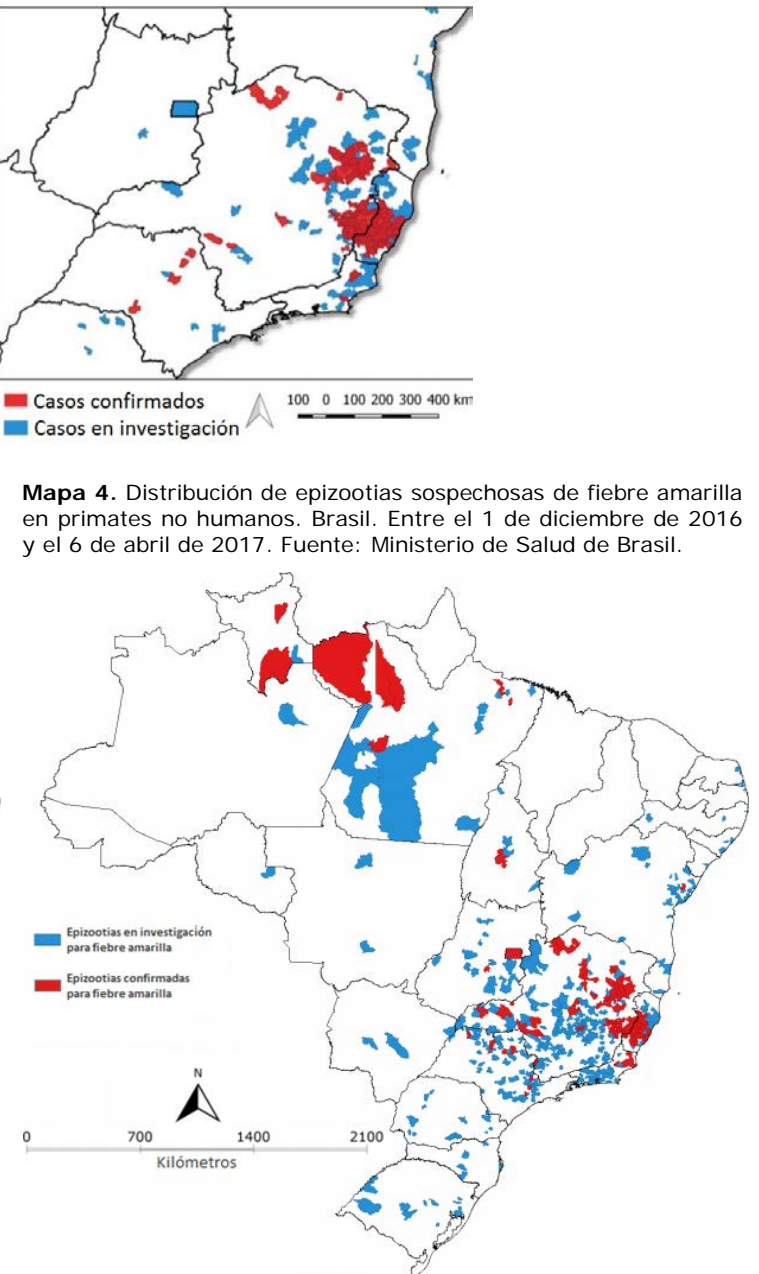


Gráfico 1. Casos confirmados, según sexo y grupo etario. Brasil. Desde el 1 de diciembre de 2016 hasta el 6 de abril de 2017. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.



Mapa 4. Distribución de epizootias sospechosas de fiebre amarilla en primates no humanos. Brasil. Entre el 1 de diciembre de 2016 y el 6 de abril de 2017. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.



Cambios en el esquema de vacunación

El Ministerio de Salud anunció el 5 de abril la adopción de la dosis única de la vacuna contra la fiebre amarilla para las áreas con recomendación de vacunación en todo el país. Con esta medida, los niños y adultos que ya han recibido una dosis, no necesitan otra dosis en el resto de sus vidas. La medida ya había sido adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2014. La estrategia de una única dosis también pasa a ser adoptada en Brasil. La vacuna es segura y garantiza protección para toda la vida.

Deben inmunizarse con una sola dosis de la vacuna los niños a partir de los nueve meses y adultos de hasta 59 años. Se recomienda a las personas que aún no han sido vacunadas, que reciban una única dosis. Esta recomendación es sólo para aquellas personas que viven o viajan a áreas con recomendación de vacunación. La población que no vive en estas áreas, o no va a dirigirse a las mismas, no necesita la vacunación en este momento.

La vacuna contra la fiebre amarilla es la medida más importante para la prevención y el control de la enfermedad, y su eficacia es de 95 a 99%, siendo reconocida como segura y eficaz. Sin embargo, como cualquier medicamento o vacuna, puede causar efectos adversos tales como fiebre, dolor local, dolor de cabeza, dolor de cuerpo. Para algunas personas está contraindicada la vacuna.

Quiénes deben recibir la vacuna con restricciones

- Las personas mayores de 60 años deben ser vacunadas sólo si residen o se trasladan a las áreas con transmisión activa de la fiebre amarilla, y que no tienen contraindicaciones para recibir la vacuna.
- Las mujeres embarazadas (en cualquier periodo de gestación) y las mujeres que amamantan sólo deben vacunarse si residen en las proximidades de un área con confirmación de circulación del virus (epizootias, casos humanos y vectores en el área afectada) y no tienen contraindicaciones para recibir la vacuna.
- Las mujeres que amamantan deben interrumpir la lactancia durante 10 días después de la vacunación, y procurar un servicio de atención de la salud en busca de orientación y seguimiento a fin de mantener la producción de leche materna y garantizar el retorno a la lactancia.
- Las personas que viven con VIH/sida, que no presenten una inmunodeficiencia grave (recuento de LT-CD4+ menor a 200 células/mm³). Se puede utilizar el último examen de LT-CD4 (independientemente de la fecha), desde que la carga viral actual (menos de seis meses) se mantenga indetectable.

Quiénes no deben recibir la vacuna

- Personas con inmunosupresión secundaria a enfermedad o terapias.
- Inmunosuprimidos (quimioterapia, radioterapia, corticoides en dosis elevadas).
- Pacientes que utilizan medicaciones anti-metabólicas o medicamentos modificares del curso de la enfermedad (infliximab, etanercept, golimumab, certolizumab, abatacept, belimumab, ustekinumab, canakinumab, tocilizumab, rituximab).
- Trasplantados y pacientes con enfermedad oncológica en quimioterapia.
- Personas que presentan reacción de hipersensibilidad grave o enfermedad neurológica después de una dosis previa de la vacuna.
- Personas con reacción alérgica severa al huevo.
- Pacientes con antecedentes de enfermedad del timo (miastenia gravis, timoma).

Viajeros

Para los turistas que se dirigen a un área con recomendación de vacunación –tanto extranjeros como brasileños– y no han recibido ninguna dosis de la vacuna, la recomendación es vacunarse al menos diez días antes del viaje, que es el tiempo que la vacuna necesita para crear anticuerpos y que la persona esté protegida adecuadamente. Quién se aplicó la vacuna en algún momento de su vida, no necesita una nueva dosis.

Niños

Si el niño estuviera atrasado con alguna dosis del Calendario Nacional de Vacunación, puede aplicarse al mismo tiempo que la vacuna contra la fiebre amarilla, excepto la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) o cuádruple viral (sarampión, parotiditis, rubéola y varicela).

Si el niño no recibió la vacuna contra la fiebre amarilla ni la triple viral o cuádruple viral, y desea actualizar su estado de vacunación, la recomendación es recibir la dosis de la fiebre amarilla y programar la protección con la triple viral o cuádruple viral para 30 días después.

Áreas con recomendación

La vacunación de rutina contra la fiebre amarilla se ofrece en 19 estados (Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraná, Piauí, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Tocantins y el Distrito Federal) con recomendación de inmunización. En Bahia, Paraná, Piauí, Rio Grande do Sul, Santa Catarina y São Paulo, la vacunación no corresponde para todos los municipios. Además de las áreas con recomendación, en este momento también está siendo vacunada, de forma escalonada, la población de Rio de Janeiro y Espírito Santo. Todas las personas que viven en estos lugares deben recibir una dosis de la vacuna a lo largo de su vida.

Desde principios de este año, el Ministerio de Salud ha enviado dosis adicionales de la vacuna contra la fiebre amarilla a los estados que están reportando casos sospechosos de la enfermedad, así como otros situados en la frontera con las áreas que han reportado casos. En total, 21,6 millones de dosis adicionales fueron enviados a cinco

estados: Minas Gerais (7,5 millones), São Paulo (4,78 millones), Rio de Janeiro (3,9 millones), Espírito Santo (3,65 millones) y Bahia (1,9 millones). Además, desde enero de este año, se han distribuido 4,4 millones de dosis de la vacuna de rutina para todas las unidades de la federación.

EL COMERCIO Ecuador, Quito: Enfermedades tropicales en cuatro parroquias rurales

7 de abril de 2017 – Fuente: El Comercio (Ecuador)

Son enfermedades propias de climas tropicales que nunca se habían presentado en Quito, pero el cambio climático ha empezado a pasar factura y hoy, al menos cuatro de ellas han sido diagnosticadas en la población del noroccidente del Distrito. Si bien no hay casos autóctonos, el problema es que el mosquito vector ya está en esta zona del Distrito.

Desde entonces, Nanegalito, Pacto, Gualea y Nanegal, donde viven 12.500 personas, forman parte de campañas encabezadas por la Secretaría de Salud del Municipio y el Ministerio de Salud, para evitar la propagación de los insectos que transmiten enfermedades como leishmaniosis, malaria, dengue y fiebre chikungunya.

María Verónica Arias Cabanilla, secretaria de Ambiente, explicó que se realizó un estudio de la vulnerabilidad de Quito frente al cambio climático y, entre los impactos se halló que los bosques del noroccidente pasarían de húmedos a tropicales. A mayor temperatura, mayor probabilidad de enfermedades tropicales.

El estudio se realizó con el Centro de Transferencias y Desarrollo de Tecnologías de la Universidad San Francisco y con el Centro Británico de Estudios Ambientales. Se hizo un muestreo en poblaciones entre 14 y 65 años, y se determinó que ya existen los vectores que causan esas enfermedades.

Los efectos del cambio climático ya pueden ser palpables. Según Arias, en los últimos 10 años se registran mayores precipitaciones; y según el Panel Gubernamental de Cambio Climático, se manejaría un escenario con un incremento de 2°C cada 100 años.

El Hospital de Nanegalito es el que recibe a todos los pacientes graves de la zona. Janeth Ávila, de Salud y Ambiente del Hospital, explica que en la zona existe el mosquito causante del dengue, la fiebre chikungunya, la fiebre zika y la fiebre amarilla, pero hasta el momento todos los casos detectados han sido de personas que contrajeron la enfermedad en Esmeraldas o Santo Domingo. El riesgo es la existencia del mosquito vector desde 2015.

Ruth Castellano, médica tratante de la casa de salud, por su parte explica que una de las enfermedades más frecuentes es la leishmaniosis, producida por un flebótomo conocido localmente como manta blanca. Se caracteriza porque la picadura empieza a ulcerarse, deteriora la zona y forma un cráter.

El estudio incluyó una encuesta sobre la percepción de la gravedad de la enfermedad por parte de la población. Por ejemplo, solo 24,4% de los encuestados considera a la leishmaniosis una enfermedad grave. En Nanegalito, la población no considera a las enfermedades tropicales un problema. Allí, las personas aseguran que las zonas más calientes son más peligrosas. El estudio señala que 33% de la población no conocía la existencia de la leishmaniosis.

Castellano cuenta que recibe al menos un caso mensual de esta enfermedad y que el mosquito que la transmite no ataca en los centros poblados sino en zonas alejadas.

La deforestación es uno de los factores que favorece a la proliferación de enfermedades tropicales. Según la Secretaría de Ambiente, en los últimos 30 años la zona registra una deforestación de 1.700 hectáreas cada año. Las cuatro parroquias de la zona se caracterizan porque la mayor parte de la población se dedica a la agricultura y la ganadería, lo que significa que trabajan a la intemperie y eso las expone.

En los bosques de la zona se han realizado trabajos de conservación y se han llevado a cabo capacitaciones con la comunidad para crear conciencia, dice Arias. "El trabajo con el Municipio y el Ministerio es continuo", confirma Patrio Calderón, presidente de la Junta Parroquial.

"Una de las particularidades de Quito es que su territorio se encuentra en la zona andina y también en zonas subtropicales. Por ello la ciudad goza de variedad de climas, pero puede haber un aumento de enfermedades epidémicas y eruptivas", explica Marcelo López, miembro de la Sociedad Médica de Pichincha.

Las enfermedades tropicales no llegan hasta las parroquias urbanas de Quito, porque son menos prevalentes en climas templados. El frío no permite que se propaguen, por lo que si va a visitar el noroccidente es recomendable llegar a un lugar que mantenga sus alrededores limpios, usar mosquitero para dormir, vestir con manga larga y colores claros y usar repelentes.

En 2015 hubo 11 casos de fiebre zika. De inmediato se activó un equipo de control vectorial y se hizo un cerco epidemiológico. En 2016, el Ministerio de Salud, con el apoyo de las Fuerzas Armadas, trabajó con cuatro brigadas y visitó 100% de las comunidades.

Se capacitó a la población, se tomaron muestras, se destruyeron recipientes sospechosos y se colocó un químico que evita que las larvas de los mosquitos vectores se desarrollen.

Arias concluye que los resultados del estudio sirven de base para tomar medidas pertinentes y, sobre todo, revelan la necesidad de poner más atención a las zonas rurales.



Nanegalito tiene un clima cálido y húmedo, además de una vegetación que favorece la presencia de mosquitos.

New México registró su primer deceso de este año por hantavirus.

El Departamento de Salud del estado informó que un hombre de 54 años murió en el condado de San Juan en el noroeste de New México era el segundo caso confirmado de hantavirus en el estado de este año.

La hantavirus es una enfermedad respiratoria muy severa y en ocasiones fatal que se transmite por el contacto con la orina, heces o saliva de roedores infectados.

Funcionarios de Salud Pública dicen que las personas pueden contraer hantavirus cuando aspiran el virus, ya que este viaja por el aire, y que los ratones son los portadores principales del virus que se encuentra en New México.

El departamento instó a las personas a que eviten levantar polvo en áreas donde pueda haber una infestación de roedores, como lo son cobertizos, cabañas y otras estructuras que se mantienen cerradas durante el invierno.³

El hijo de Francisco Cortez Mora murió a los tres días de nacido en el Hospital Regional de Zona N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Culiacán, Sinaloa, por un choque séptico. Un doctor le avisó aquel septiembre de 2015 que había nacido “infectado” y que no pudo sobrevivir a cuatro infartos. El hombre de 38 años está seguro de que su hijo nació sano y que la infección fue a causa de una bacteria que adquirió en el hospital. “En el área de neonatos, donde estaba mi bebé, siempre olía a orina y había polvo. Había cucarachas, moho en el techo, manchas y hongos en el piso, y las batas que usaban las mamás tenían sangre. Además los enfermeros y residentes entraban con comida y no se lavaban las manos”, asegura Cortez Mora.

Para demostrar que las condiciones de higiene del hospital eran deficientes, Francisco recurrió a la ley de transparencia y pidió a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la encargada de vigilar los establecimientos de salud en México, el diagnóstico que había hecho del hospital. En la documentación que obtuvo constató la existencia de diversos factores de riesgo, como falta de limpieza en la ropa de cama de los pacientes y el personal de salud, suciedad en diversas áreas y carencia de buenas prácticas de higiene –incluyendo lavado de manos–, así como deficiencia en la preparación de alimentos y soluciones de uso médico.

El Hospital Regional N° 1 de Sinaloa no es la única instalación médica del IMSS –el principal sistema de salud en México– que ha revisado la COFEPRIS y que opera con diversas fallas de higiene. En un programa de revisión hospitalaria que emprendió el organismo desde 2013 para identificar posibles riesgos sanitarios y elaborar planes de corrección, ha encontrado anomalías en 124 establecimientos (la misma cantidad que ha revisado), según consta en oficios entregados por la COFEPRIS en respuesta a una solicitud de información.

Al diagnóstico en materia de salubridad, se le suman las inconformidades por malos servicios médicos e ineficiencia en los trámites. El IMSS, la institución de sanidad más grande en América Latina, es uno de los organismos de los que más se quejan los mexicanos. Al mes, 3.581 personas (119 al día) acuden ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Comisión de Arbitraje Médico o ante el mismo instituto para denunciar alguna anomalía.

Las principales fallas

En la revisión hecha por la COFEPRIS se encontró que en algunos hospitales el personal que prepara los medicamentos no realiza lavado de manos previo y no utiliza cubrebocas. En el Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, por ejemplo, el personal es insuficiente y no cuentan con un turno nocturno por falta de empleados. Además no todo el personal cuenta con su título y cédula profesional.

En un hospital de Yucatán se encontraron medicamentos con fecha de caducidad vencida y se constató que no se realiza limpieza y desinfección de todas las camas, cunas de calor radiante, incubadoras y bacinetes cada vez que se desocupan por transferencia o egreso de paciente. El servicio de urgencias no dispone de laboratorio clínico y rayos X en el tiempo que se requiere. En la sala de recuperación obstétrica los espacios están rebasados por la cantidad de pacientes atendidos y sólo se cuenta con una ambulancia, la cual no es suficiente para cubrir la demanda.

En el Hospital de Especialidades ‘Dr. Antonio Fraga Mouret’, en la ciudad de México, se encontró que tras la muerte de un bebé no se emitió el dictamen de muerte materna. Tampoco se señaló si la causa de la defunción de la paciente fue directa o indirecta a la muerte materna y no se elaboró su acta de defunción por carecer de documentación. En el área de urgencias, terapia intensiva y hospitalización del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional ‘Siglo XXI’ se observó polvo y falta de limpieza.

Durante la visita de verificación al Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional ‘Siglo XXI’ se observó que las salas quirúrgicas no cuentan con superficies limpias, el cuarto séptico es usado también como cuarto de aseo y los



Una mujer protesta en contra del IMSS.

³ Aunque no lo establece el informe, suele ser el virus Sin Nombre la principal causa de hantavirus en New México.

residuos peligrosos biológico-infecciosos se mezclan de manera indistinta en los mismos recipientes de almacenamiento de la basura municipal. Además se encontró que las bolsas de reanimación respiratoria, sensores de oxígeno o inspirómetros que se usan con algunos pacientes no son lavados, esterilizados o desinfectados antes de volver a ser usados con otro enfermo, mientras que los dispositivos desechables, como circuitos de ventilación, también son reutilizados.

La mayoría de las fallas que se encontraron en las instalaciones médicas del IMSS se refieren a la suciedad en las instalaciones, expedientes mal integrados, estudios de laboratorio sin diagnóstico, hojas de consentimiento para autorizar algún servicio sin firmas de los testigos, notas e indicaciones médicas ilegibles, historiales clínicos sin nombre y firma del personal médico, falta de insumos, consultorios médicos sin áreas de exploración, y contenedores con residuos infecciosos sin tapa.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emitió 77 recomendaciones al instituto entre 2005 y 2016. Un total de 38 expedientes fueron por la deficiente atención médica que denunciaron los derechohabientes, 27 por una inadecuada atención en materia obstétrica, y el resto por daño a la integridad del paciente e inadecuadas instalaciones, de acuerdo a la información entregada por la CNDH.

El IMSS aseguró que se han corregido las fallas en los casos en mención y que estos no son representativos de una situación crítica nacional. En 2015 implementó una rama de limpieza e higiene en sus unidades con resultados satisfactorios para 2016. Además, se expone en una nota informativa, según las encuestas aplicadas a los usuarios por el instituto arrojan que la satisfacción con la atención médica fue de 81% en 2016. "El 91% de los derechohabientes encuestados expresaron estar satisfechos y muy satisfechos con el trato recibido en las unidades médicas", se expone.

El mundo



China: Nuevos casos humanos de influenza aviar A(H7N9)

23 de marzo de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 31 de marzo de 2017, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar (CNSPF) de China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 17 nuevos casos confirmados de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Detalles de los casos

En los casos notificados, los síntomas aparecieron entre el 6 y el 24 de marzo. De estos 17 casos, tres eran de sexo femenino. Las edades oscilaron entre 35 y 81 años (mediana de 53 años). Los casos se registraron en Fujian (2), Guangxi (3), Guizhou (2), Hunan (6), Jiangsu (3) y Zhejiang (1).

Al momento de la notificación, 3 casos habían fallecido y 14 habían sido diagnosticados de neumonía (4) o neumonía grave (10). En 16 casos se refieren antecedentes de exposición a aves de corral o a mercados de aves de corral vivas; un caso no reportó antecedentes para este tipo de exposición. No se reportaron clústeres.

Desde principios de 2013 hasta la fecha se han notificado, en virtud del Reglamento Sanitario Internacional, 1.364 casos confirmados de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Respuesta de salud pública

Considerando el aumento del número de infecciones humanas por virus de la influenza aviar A(H7N9) que ha tenido lugar desde diciembre de 2016, el Gobierno de China ha adoptado varias medidas:

- Continuar fortaleciendo las medidas de control con el foco puesto en la gestión higiénica de los mercados de aves vivas y el transporte transregional.
- Exigir a todas las provincias que permanezcan alertas e apliquen plenamente las medidas de prevención y control.
- Aumentar la atención y la orientación en ciertas provincias del centro y oeste del país, que están reportando más casos, para que fortalezcan el control y la prevención.
- Llevar a cabo la comunicación pública de riesgo y publicitar la información para proporcionar al público orientaciones sobre la autoprotección.
- Reforzar las actividades de rastreo y la vigilancia etiológica para definir el alcance de la contaminación por el virus y sus mutaciones, a fin de proporcionar más orientaciones sobre la prevención y el control.

Evaluación del riesgo por la OMS

El número de casos humanos de influenza aviar A(H7N9) en esta quinta ola epidémica (con fecha de inicio el 1 de octubre de 2016) es ya mayor que el número total de casos reportados en oleadas anteriores.

Las infecciones humanas por virus de la influenza aviar A(H7N9) siguen siendo infrecuentes. Para evaluar el riesgo y ajustar oportunamente las medidas destinadas a gestionarlo es fundamental una observación estrecha de la situación epidemiológica y una caracterización de los virus humanos más recientes.

En la mayoría de los casos humanos la exposición al virus de la influenza aviar A(H7N9) se produce por contacto con aves de corral infectadas o entornos contaminados, incluyendo los mercados de aves de corral vivas. Como se sigue detectando el virus en animales y en los ambientes y continúa la venta de aves de corral vivas, son de prever nuevos casos humanos. Aunque ha habido pequeños clústeres de casos de infección humana por virus de la influen-

za aviar A(H7N9), algunos de ellos en pacientes que han compartido habitación, los datos epidemiológicos y virológicos actuales indican que el virus no ha adquirido la capacidad de transmitirse de forma sostenida entre los seres humanos. Así pues, por el momento se considera improbable la propagación del virus a nivel comunitario.

Consejos de la OMS

La OMS aconseja a quienes viajen a países donde haya brotes conocidos de influenza aviar que eviten, en lo posible, las granjas de aves, el contacto con animales en los mercados de aves vivas, la entrada en instalaciones donde se sacrifiquen aves de corral y el contacto con cualquier superficie que parezca estar contaminada por heces de aves de corral o de otros animales. Los viajeros deben lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón y prestar atención a la inocuidad y la higiene de los alimentos.

La OMS no recomienda la realización de exámenes especiales en los puntos de entrada ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento. Como siempre, habrá que pensar en el diagnóstico de infección por virus de la influenza aviar en pacientes que presenten síntomas respiratorios agudos graves durante viajes a zonas donde haya influenza aviar, o poco después de la vuelta de dichos viajes.

La OMS alienta a los países a que sigan reforzando la vigilancia de la influenza, en particular la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves y la enfermedad tipo influenza; y que examinen cuidadosamente todos los casos inusuales para garantizar la notificación de las infecciones humanas de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y sigan con sus medidas nacionales de preparación sanitaria.

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica **España: Primer caso humano de infección por *Brucella suis***

3 de marzo de 2017 – Fuente: *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*

El 3 de febrero de 2014, un hombre de 53 años con una leve discapacidad intelectual llegó al Hospital Universitario 'Miguel Servet' de Zaragoza con fiebre, dolor de cabeza y molestias en sus articulaciones. Un análisis posterior reveló que sufría una inaudita brucelosis de cerdos provocada por una cepa de una bacteria que solo existe en un puñado de laboratorios científicos, *Brucella suis* biovar 1 cepa 1330. Según los médicos que lo atendieron, es el primer caso en el mundo.

La historia del contagio es insólita. El hombre trabajaba en una planta de tratamiento de residuos sanitarios peligrosos que da empleo a personas con discapacidad. Su labor consistía en descargar contenedores de camiones procedentes de hospitales y centros de investigación, llenos de jeringas, restos humanos y bisturíes usados. Él y su equipo llevaban los contenedores a un autoclave, un recipiente metálico de alta presión, para su esterilización. Pero, el 23 de diciembre de 2013, algo falló. El trabajador pisó una aguja contaminada que atravesó la suela de su calzado de seguridad.

La jeringa procedía del Centro de Investigación y Tecnología Agroalimentaria de Aragón, según reconoce el veterinario José María Blasco Martínez, miembro de este organismo del Gobierno de Aragón. "Fue como un accidente de avión, fruto de la acumulación de una serie de circunstancias", explica Blasco. Ilustración 1

Según su relato, en su departamento estaban trabajando con la cepa bacteriana del cerdo para una tesis doctoral y, como siempre, la empresa Consenur, especializada en gestión de residuos sanitarios peligrosos, recogió las agujas contaminadas en los experimentos. En teoría, el contenedor estaba herméticamente cerrado. "La legislación debería ser más exigente, porque ahora mismo permite meter material biológico sin esterilizar en los contenedores", reflexiona el veterinario.

Nadie sabe cómo salió la jeringa de su depósito. La caja se pudo abrir durante el transporte, antes o después. Tras conocer el pinchazo en 2013 y registrar el accidente laboral, Consenur no llevó a cabo un análisis bacteriológico de la aguja. La planta de la compañía, ubicada en un polígono industrial de Osera del Ebro (Zaragoza), recibe residuos sanitarios de unos 5.000 proveedores cada mes. Consenur fue condenada en 2015 por el Tribunal Supremo a una multa de 2,2 millones de euros por repartirse durante años con otras empresas los concursos de la sanidad pública.

El caso de Zaragoza destapa las debilidades de la gestión de basura sanitaria peligrosa. "Se deben realizar controles para asegurar que los contenedores de residuos están sellados", alerta el estudio del caso, dirigido por el médico Joaquín Guimbao y la enfermera Cecilia Compés, ambos de la Sección de Vigilancia Epidemiológica del Gobierno de Aragón.

La investigación de Guimbao y Compés reveló que "pese a utilizar botas y guantes, los pinchazos eran frecuentes" al procesar manualmente los residuos ya esterilizados para reciclar el plástico. Al descargar los camiones y llevar los contenedores contaminados al esterilizador, los pinchazos eran "infrecuentes", pero no inexistentes.

En el caso del hombre de 53 años se dio otra circunstancia inusual. El trabajador padecía previamente una poliangeitis granulomatosa, un trastorno autoinmune poco frecuente que inflama los vasos sanguíneos. Sus bajas defensas a causa de la medicación habrían facilitado la infección al pincharse con la aguja contaminada. El paciente superó la brucelosis porcina con un tratamiento antibiótico.

Los investigadores hacen un llamamiento a endurecer los protocolos de seguridad, tanto en el momento de cerrar los contenedores en el laboratorio de origen, como en su transporte y en la descarga en la planta de tratamiento de residuos sanitarios peligrosos. "Ese contenedor no debería haber estado abierto", zanja Guimbao.⁴

⁴ Puede consultar el artículo completo haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

Los funcionarios de salud de Maui informaron seis casos de angiostrongilosis en los últimos tres meses después que en la isla sólo se registraran dos casos de la enfermedad en la última década.

“Tres de los casos han sido confirmados, mientras que un séptimo caso involucra a una mujer de Maui que contrajo el parásito que la causa en la isla de Hawai'i”, dijo Lorrin Pang, Oficial de Salud del Distrito de Maui.

La angiostrongilosis es una condición en la que las larvas del gusano parásito *Angiostrongylus cantonensis* infecta el cerebro de una persona. Este gusano es portado por las ratas y la transmiten a los humanos los caracoles y babosas.

Las autoridades dicen que los residentes pueden reducir el riesgo de contraer la enfermedad lavando bien las frutas y verduras antes de su consumo.

“Los expertos aún están determinando la mejor manera de deshacerse de las babosas invasivas. Aplastarlas, enterrarlas o quemarlas no impide que las ratas se las coman y reinicien el ciclo del parásito. La babosa es fácil de matar, pero el parásito, no”, dijo Pang.

La Dra. Sarah Park, epidemióloga del estado, dijo que se registra un promedio de unos 10 casos de angiostrongilosis cada año en todo el estado y que el reciente aumento es preocupante. La gran mayoría de los casos del estado son reportados en la isla de Hawai'i.

La infección puede causar un tipo poco frecuente de meningitis que provoca fuertes dolores de cabeza y rigidez en el cuello, hormigueo o sensaciones dolorosas en la piel o en las extremidades, fiebre, náuseas y vómitos. También puede provocar una parálisis facial temporal y fotofobia.⁵

⁵ *Angiostrongylus cantonensis* fue descrito por primera vez en 1935, en pulmones de *Rattus rattus* y *Rattus norvegicus* capturadas en Guangdong, China, y se notifica como la causa más frecuente de meningitis eosinofílica en el hombre. La infección humana provocada por este parásito fue descrita por primera vez en 1945 en Taiwán, en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de un joven de 15 años.

Actualmente, este parásito es considerado por muchos autores como miembro del subgénero *Parastrongylus*, el cual incluye un grupo de especies que afectan a roedores de todo el mundo. Se han descrito al menos 20 especies del género *Angiostrongylus* en roedores, carnívoros, e insectívoros, a nivel mundial; pero solo dos de ellos afectan al hombre: *A. cantonensis*, que afecta el sistema nervioso central y *A. costarricensis*, que habita las arterias mesentéricas y causa la angiostrongilosis abdominal en América tropical.

La meningitis eosinofílica por *A. cantonensis* se ha notificado principalmente en Tailandia, China, Vietnam, Australia, Nueva Caledonia, Madagascar, Hawai'i, Tahití, Japón y Egipto.

La primera notificación oficial en el continente americano se produjo en 1981 en Cuba. Más tarde, la enfermedad o la evidencia del parásito que la produce se informaron en Puerto Rico (1986), República Dominicana (1992), Jamaica (2002), Haití (2003), Brasil (2007) y Ecuador (2008).

Hasta la fecha se han publicado brotes en Cuba, Brasil, Jamaica, en turistas americanos que retornaban del Caribe, y en turistas europeos que viajaron a zonas endémicas en América. También se han encontrado evidencias de la existencia de esta parasitosis en New Orleans, Estados Unidos, tanto en ratas en 1988 como en humanos, en animales silvestres, en animales domésticos y en primates no humanos al sur del país.

La meningitis eosinofílica se considera una zoonosis parasitaria que afecta a las ratas como huésped definitivo, donde los gusanos adultos hembras y machos se localizan en las arterias pulmonares. Posterior a la cópula, las hembras ponen sus huevos, a partir de los cuales eclosionan larvas de primer estadio en las ramas terminales de las arterias pulmonares. Estas larvas migran a través de la tráquea, son deglutidas, pasan al tracto gastrointestinal y son eliminadas en las heces. Al ser ingeridas por moluscos (caracoles y babosas) que son huéspedes intermediarios, experimentan dos mudas hasta convertirse en larvas del tercer estadio, que son la forma infectante para el hombre y otros mamíferos, los cuales al ingerir los caracoles infectados completan el ciclo. Las larvas penetran la pared intestinal y migran a través del sistema circulatorio, y en el transcurso de 2 a 3 días, llegan al cerebro donde mudan dos veces hasta llegar a convertirse en larvas de cuarto y quinto estadio. Posteriormente, los parásitos migran a la arteria pulmonar y a las cavidades del corazón derecho, el asentamiento en este último hábitat se produce aproximadamente 4 semanas después de la ingestión de las larvas. La presencia de adultos jóvenes de *A. cantonensis* en las meninges y en el parénquima cerebral, y cerebelo, provocan una reacción inflamatoria, conocida como meningitis eosinofílica.

Las manifestaciones clínicas más comunes en los pacientes infectados son causadas por la presencia de larvas en el cerebro y se caracterizan por cefalea intensa, rigidez de nuca, manifestaciones oculares, parestesias de diversos tipos, y en 5% de los pacientes se presenta parálisis facial. Algunos autores plantean que la meningitis eosinofílica por *A. cantonensis* se presenta como una enfermedad aguda que se resuelve espontáneamente en semanas, en otros casos evoluciona de forma severa dejando secuelas irreversibles como la ceguera e incluso, puede provocar la muerte.

La forma más común de diagnosticar la enfermedad se realiza teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas. La presencia de eosinófilos en LCR, sangre periférica y el antecedente epidemiológico de vivir en áreas endémicas, acompañado del hábito de ingerir caracoles crudos o mal cocidos que albergan larvas infectantes, así como langostinos, pescados y cangrejos que hayan ingerido caracoles infectados (hospederos paraténicos), orientan en la sospecha diagnóstica. Una forma, menos común, de transmisión de la infección es la ingestión de verduras contaminadas, agua o jugo de frutas.

En el tratamiento de esta parasitosis se han usado corticosteroides, mebendazol con prednisolona, y corticosteroides con albendazol. El uso de antihelmínticos no es recomendado por algunos autores porque sugieren que podrían exacerbar los síntomas neurológicos debido a la muerte de las larvas presentes en el sistema nervioso central. En los casos con angiostrongilosis ocular, el tratamiento es la remoción quirúrgica o la terapia con láser. Si se presentan otras complicaciones como retinitis o neuritis óptica se administran esteroides.

En relación con los huéspedes intermediarios, se conoce que son numerosas las especies de moluscos que se han encontrado infectados en forma natural con el parásito, y algunas otras especies de animales que pueden actuar como hospederos paraténicos o de transporte, todo lo cual contribuye a la diseminación del nematodo. *Achatina fulica*, *Pila* spp., *Pomacea canaliculata* son algunos de los principales moluscos intermediarios en el ciclo de vida de *A. cantonensis*.

Los casos sospechosos de meningitis alcanzaron a 3.959 el 7 de abril, según el Centro Nigeriano de Control de Enfermedades (CNDC).

Hasta el 5 de abril, un total de 438 personas habían muerto en 109 áreas de gobierno local (LGAs) de 19 de los 36 estados del país, en el transcurso del último brote de la enfermedad, frente a los 336 anunciados el 3 de abril.

Una campaña de vacunación reactiva continúa en Zamfara con una población objetivo de 300.000 personas, con edades comprendidas entre dos y 29 años.

El NCDC dijo el 7 de abril que la campaña había experimentado “un progreso temprano” ya que los gobernantes tradicionales habían movilizado a los residentes de su dominio para recibir la vacuna.

“El compromiso de los gobernantes tradicionales ha sido evidente en este caso: han ayudado a movilizar a los miembros de su comunidad para estas acciones”, dijo Chikwe Ihekweazu, del NCDC, que está monitoreando la campaña en Zamfara desde que comenzó el 5 de abril.

“De hecho vemos una oportunidad de una iniciativa sostenible que va más allá de esta respuesta”, agregó. Están programadas más vacunaciones en el futuro, pero la actual en Zamfara se extenderá hasta el 9 de abril.

Un centro de operaciones de emergencia se activó esta semana para manejar la respuesta usando un sistema de gestión de incidencia de casos.

“Nuestro trabajo aquí es poner en marcha un proceso sostenible para responder al actual brote de meningitis”, dijo John Oladejo, a cargo del monitoreo de incidentes.

“Estamos encantados de decir que esto es realmente una asociación enfocada en detener con éxito el brote. Vamos a trabajar todo el día para poner en práctica los planes de respuesta rápida y tratar este tema con premura”.



Portugal: Se eleva a cinco el número de casos confirmados de sarampión

6 de abril de 2017 – Fuente: Servidor de Apuntadores Portugueses (Portugal)

El Director General de la Salud advirtió el 6 de abril que se han reportado seis casos de sarampión en Portugal, cinco de ellos ya confirmados. Cuatro de las infecciones se registraron en Algarve, uno en Norte y un sexto caso sigue bajo investigación. El brote es ya el mayor desde 2005.

El origen de la enfermedad y la edad de los infectados aún no se han revelado; sin embargo, en anteriores brotes el sarampión fue importado. En Portugal, la enfermedad ha sido eliminada gracias a una cobertura de vacunación superior a 95%. Los expertos, sin embargo, están preocupados por los movimientos anti-vacunas que surgieron en Estados Unidos y se han extendido a varios países europeos.

En Portugal, la vacuna es gratuita y debe administrarse a los 12 meses y a los 5/6 años, preferentemente antes del ingreso escolar obligatorio.



Las devastadoras consecuencias del recorte de Estados Unidos al UNFPA

6 de abril de 2017 – Fuente: Inter Press Service

Estados Unidos retiró su apoyo económico al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la agencia que trabaja en temas de salud sexual y reproductiva en 150 países.

La decisión se basa en la falsa acusación, arguye el UNFPA, de que “apoya o participa en la gestión de o en programas de esterilización involuntaria y de aborto coercitivo en China”.

El argumento figura en una carta enviada el 3 de abril por el Departamento de Estado de Estados Unidos a la agencia en la que anuncia el retiro de ese país, a pesar de que conocedores del trabajo que realiza la agencia han sostenido en reiteradas ocasiones de que no tiene sustento real.

El UNFPA sostiene que no promueve el aborto y que, en cambio, “otorga gran prioridad a la planificación familiar voluntaria para evitar los embarazos no deseados y erradicar el recurso al aborto”.

“Siempre valoramos a Estados Unidos como socio confiable y líder de las iniciativas para garantizar que cada embarazo sea deseado, cada niño sea protegido y cada joven pueda desarrollar su potencial”, reza el comunicado del UNFPA en respuesta al recorte de fondos.

Estados Unidos es uno de los grandes contribuyentes del UNFPA, que en 2015 aportó 75 millones de dólares, en tercer lugar detrás de Gran Bretaña y Suecia. También es el segundo donante de las operaciones humanitarias de esta agencia. Y al igual que sucede con otras agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), los gobiernos realizan sus aportes al UNFPA de forma voluntaria.

“Los recortes tendrán consecuencias devastadoras para las niñas y las mujeres de todo el mundo”, lamentó Shannon Kowalski, directora de políticas y campañas de la Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres.

“El UNFPA desempeñó un papel fundamental en la distribución de servicios para las mujeres más marginadas, y ahora sus vidas y su salud están en juego”, subrayó Kowalski.



Madres y bebés esperan ser atendidos en una clínica financiada con recursos de Estados Unidos en Uganda.

“El trabajo de la agencia en el frente de situaciones de crisis será el más perjudicado, como el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres víctimas del Estado Islámico y de otros grupos extremistas en Medio Oriente”, observó.

Según la Fundación de la ONU, la eliminación del apoyo de Estados Unidos pone en riesgo la capacidad del UNFPA de facilitar partos seguros a unas 48.000 mujeres en Siria y de apoyar a 55 centros que ayudan a 15.000 niñas y mujeres adultas sobrevivientes de violencia de género en Irak, entre los que hay uno que ayuda a más de 700 yazidíes sobrevivientes de violencia sexual.

El UNFPA indicó que la contribución de Estados Unidos en 2016 le ayudó a evitar que 2.340 mujeres murieran por causas relacionadas con el embarazo y el parto, así como 947.000 embarazos no deseados, asegurar 1.251 operaciones para reparar fístulas obstétricas e impedir 295.000 abortos en condiciones inseguras.

Por su parte, Seema Jalan, directora ejecutiva del Proyecto de Acceso Universal de la Fundación de la ONU, dijo que el gobierno de Estados Unidos también es el principal contribuyente de la única maternidad del campamento de refugiados sirios de Zaatari, en Jordania.

“Las sirias embarazadas no tendrán absolutamente ningún lugar donde parir a sus bebés”, subrayó.

Kowalski subrayó el enorme impacto que tendrá la decisión de Estados Unidos: “Es un claro mensaje de que al mundo no le importa dar respuestas a las mujeres en situaciones de enorme marginación y, en muchos aspectos, gratificará a los extremistas que buscan sacar provecho de esa marginación y abandono de la población femenina”.

Pero esta no es la primera vez que el UNFPA sufre recortes económicos del gobierno de Estados Unidos.

El presidente George Walker Bush, ya había retirado 34 millones de dólares entre 2002 y 2008, con el mismo argumento de que la agencia participaba en políticas coercitivas en China.

Si bien el UNFPA trabaja en China, tanto Kowalski como Jalan dijeron que la acusación no tiene fundamentos y es simplemente una excusa para retirar su aporte a la organización que trabaja en temas de derechos sexuales y reproductivos.

“El gobierno chino todavía violenta los derechos de las mujeres, pero como el UNFPA trabaja en el país apoyando la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva, relacionan los dos hechos y dicen que el UNFPA apoya directamente las políticas coercitivas, lo que no es cierto”, explicó Kowalski.

Una de esas políticas restrictivas es la de hijo único, que retrocede de a poco desde 2015, una iniciativa que el UNFPA ayudó a elaborar, apuntó Jalan. “El principal propósito del UNFPA en China es introducir el concepto de atención de calidad y de planificación familiar voluntaria”, precisó.

Además, Jalan subrayó que el UNFPA ni siquiera ofreció asistencia al gobierno chino ni a su agencia de planificación familiar en 2016, como arguye el Departamento de Estado en su carta.

Pero debido a la duplicación de las contribuciones de Estados Unidos desde 2002 y a las crisis humanitarias sin precedentes que aquejan al mundo, las consecuencias de este último recorte tendrán un alcance mucho mayor que antes.

Kowalski urgió al Congreso a revocar la Enmienda Kemp-Kasten, sobre el retiro de fondos a la agencia de la ONU.

La enmienda prohíbe la asistencia a cualquier organización, incluidas las estadounidenses y las multilaterales, que participen en esterilizaciones involuntarias y en abortos coercitivos.

Y es similar la Ley Mordaza Global, también conocida como Política de la Ciudad de México, que prohíbe a organizaciones extranjeras que reciban asistencia de Estados Unidos, distribuir información sobre abortos o servicios de aborto.

La decisión de Washington generó críticas entre numerosos dirigentes de New York y California, quienes ya condenaron la medida.

“La hipocresía del presidente Donald John Trump alcanzó nuevos niveles con la decisión de dejar de asistir al UNFPA. Hace poco sostuvo que tenía ‘tremendo respeto por las mujeres y su papel en el mundo’, pero al mes decide recortar los fondos del UNFPA”, reza la declaración.

“Recortar esos fondos es una decisión cruel que no solo perjudicará a las mujeres y a sus hijos, sino que también atentará contra el liderazgo de Estados Unidos en el mundo. Le pedimos al presidente que ponga a las mujeres por encima de la política y modifique de inmediato esa decisión”, reclama la misiva.

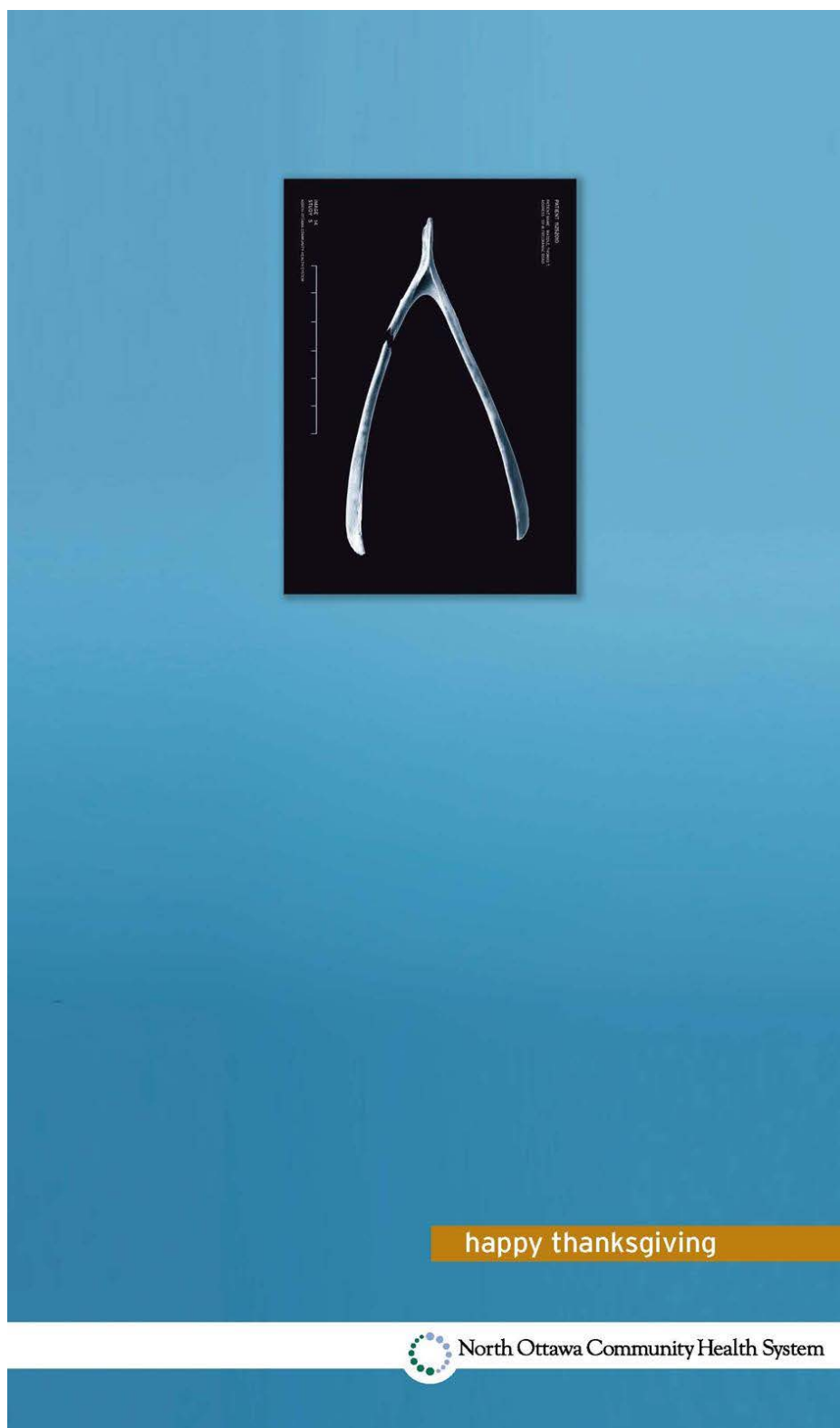
Jalan dijo que ese pronunciamiento fue un comienzo “importante”, pero urgió a que se ponga en marcha una iniciativa de los dos principales partidos estadounidenses para revertir la decisión.

“Financiar la atención médica básica de mujeres y niñas, asegurar que refugiadas sirias embarazadas puedan tener un parto seguro y que sus hijos sobrevivan, y que alguien que sobrevivió a la violencia sexual pueda recibir atención y apoyo, creemos que son temas bipartidistas”, subrayó.

Por su parte, Kowalski remarcó la necesidad de que la comunidad internacional dé un paso al frente y contribuya a paliar el déficit del UNFPA.

Debido a la reintroducción de la Ley Mordaza Global, varios países reunieron unos 190 millones de dólares para paliar el déficit inminente, entre ellos Suecia, Canadá y Finlandia, que comprometieron 21 millones de dólares cada uno para no recortar el acceso global a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Este es el primero de los recortes que el gobierno de Trump dijo que implementaría.



North Ottawa Community Health System (2010. Estados Unidos).

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.