



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

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

## Noticias

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

### Argentina

- **Vigilancia de sífilis congénita**
- **Buenos Aires: Nuevo documento sobre el uso de penicilina para prevenir la sífilis congénita**
- **Misiones, Posadas: Se detectaron criaderos del mosquito *Aedes aegypti* en 14% de las casas**

### América

- **Estados Unidos: Los costos de una potencial epidemia de fiebre zika**
- **Estados Unidos: Toman medidas para evitar la escasez de la vacuna contra la fiebre amarilla**
- **México, Durango: Se registran 13 picaduras de alacrán al día**

- **Panamá: Estudio sobre el virus Punta Toro**
- **Venezuela: El gobierno admite que 11.466 niños y 756 parturientas murieron en 2016**

### El mundo

- **Guinea: Un respiro en medio de la epidemia de sarampión**
- **Liberia: La causa de la misteriosa enfermedad sería *Neisseria meningitidis* serotipo C**
- **Níger: Brote de hepatitis E**
- **Portugal: Ya son 27 los casos confirmados de sarampión**
- **Portugal: Un brote de hepatitis A afecta a 242 personas**
- **Impulsan una alianza global para combatir los mosquitos transmisores de enfermedades mediante la participación ciudadana**



## Número 1.914

10 de mayo 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/](http://www.slamviweb.org/)



**CIRCULO  
MÉDICO DE  
CÓRDOBA**

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



**Consejo de Médicos  
de la Provincia  
de Córdoba**

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



Biblioteca de la Facultad  
de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)



**S.A.D.I.**

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

**Comité Nacional de  
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

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



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



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



Asociación  
Parasitológica  
Argentina

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

## Argentina

### Vigilancia de sífilis congénita



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

3 de mayo 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 12. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	58	20	16	12
Buenos Aires	138	96	157	102
Córdoba	31	21	37	30
Entre Ríos	3	3	3	1
Santa Fe	28	2	19	1
<b>Centro</b>	<b>258</b>	<b>142</b>	<b>232</b>	<b>146</b>
Mendoza	27	—	11	—
San Juan	38	1	27	4
San Luis	10	—	2	—
<b>Cuyo</b>	<b>75</b>	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>4</b>
Corrientes	19	10	6	5
Chaco	40	24	22	—
Formosa	3	3	4	—
Misiones	83	11	71	5
<b>NEA</b>	<b>145</b>	<b>48</b>	<b>103</b>	<b>10</b>
Catamarca	—	—	1	—
Jujuy	23	—	8	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	31	14	11	11
Santiago del Estero	4	3	7	5
Tucumán	42	20	16	11
<b>NOA</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>43</b>	<b>27</b>
Chubut	6	4	2	1
La Pampa	2	—	4	—
Neuquén	2	1	—	—
Río Negro	4	—	7	1
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	1	—
<b>Sur</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>2</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>592</b>	<b>233</b>	<b>432</b>	<b>189</b>



Organización  
Panamericana  
de la Salud

### Buenos Aires: Nuevo documento sobre el uso de penicilina para prevenir la sífilis congénita

27 de abril de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires publicó, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el documento *Utilización de penicilina benzatínica como tratamiento para la prevención de sífilis congénita en el primer nivel de atención de la salud*, con el fin de reforzar las acciones para concretar avances en la iniciativa de eliminación de esta enfermedad.<sup>2</sup>

Dentro de las múltiples causas por las cuales la embarazada no recibe tratamiento adecuado para la sífilis, uno de los mayores problemas percibido por todos los municipios participantes fue las dificultades para la aplicación de penicilina benzatínica en el primer nivel de atención debido, fundamentalmente, a una sobrestimación del riesgo de alergias severas a la penicilina y a la inadecuada indicación para realizar los tests de alergia previos al tratamiento.

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

<sup>2</sup> Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).

El documento está destinado a equipos profesionales, instituciones y programas que les resulte de interés como apoyo técnico en esta temática. La guía contiene recomendaciones para el uso de penicilina benzatínica en mujeres embarazadas en el primer nivel de atención en la provincia de Buenos Aires, a partir del análisis de la información sobre la seguridad del uso de penicilina en estos servicios.

A pesar de existir medidas y opciones terapéuticas eficaces y no muy costosas, la sífilis sigue constituyendo un problema de salud pública a escala mundial, con 12 millones de personas infectadas cada año.

En Argentina, la tasa de sífilis congénita era en 2014 de 1,32 casos cada 1.000 nacidos vivos, de acuerdo con el análisis realizado por OPS/OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2015. Teniendo en cuenta que el número de nacidos vivos en Argentina oscila alrededor de los 750.000 por año, cerca de mil niños nacerían con sífilis cada año.

Además, un número de embarazos aún no completamente conocido debido al subregistro, culminan en aborto espontáneo por la misma causa. Algunas jurisdicciones han estimado una prevalencia cercana a 6% en este grupo de pacientes.

El documento cuenta con el aval de la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica, la Sociedad Argentina de Infectología, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de la Provincia de Buenos Aires y la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud de Argentina.

télam



## Misiones, Posadas: Se detectaron criaderos del mosquito *Aedes aegypti* en 14% de las casas

6 de mayo de 2017 – Fuente: Telenoticiosa Americana (Argentina)

En catorce de cada 100 viviendas de Posadas, en Misiones, se detectaron criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, según un relevamiento oficial realizado entre mediados de abril y la última semana, que reportó una caída con respecto al resultado de un año atrás, cuando eran 16 de cada 100 las casas en las que se encontraron criaderos.

Se trata del Levantamiento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA), que en su vigésimo segunda edición, que culminó hace algunos días, realizaron más de 120 técnicos del Instituto Municipal de Vectores y el Ministerio de Salud provincial.

El relevamiento anterior realizado en Posadas en el mes de diciembre arrojó un valor de 12 casas con criaderos de mosquitos cada 100 casas verificadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que ese índice sea de 5% o menos para evitar un brote de dengue.

Fabián Zelaya, director de Vigilancia Epidemiológica y Control de Vectores de la municipalidad de Posadas, señaló que el relevamiento es una medida de control del vector que se hace tres veces al año en distintas estaciones.

“Este último fue un poco accidentado porque tuvimos casi una semana de lluvias, pero se hizo en tiempo y forma como dice el programa y se llegó a las metas de las casas trazadas. Llegamos a 4.200 casas tratadas y los índices larvarios están mejor, pero hay que ocuparse”, aseguró Zelaya.

El LIRAA es un programa estadístico propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para obtener de forma inmediata datos sobre la situación de una localidad sobre la presencia del mosquito *Aedes aegypti*.

## América



## Estados Unidos: Los costos de una potencial epidemia de fiebre zika

27 de abril de 2017 – Fuente: Public Library of Science – Neglected Tropical Diseases

Un brote de infecciones por el virus Zika, transmitido por los mosquitos, en Estados Unidos podría resultar muy costoso.

“Es una amenaza que no ha desaparecido. El virus Zika sigue propagándose en silencio, y recién nos estamos acercando a la temporada de mosquitos en Estados Unidos, lo que tiene el potencial de aumentar la propagación de forma significativa”, advirtió el líder del estudio, el Dr. Bruce Lee, profesor asociado en el Departamento de Salud Internacional de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad de Johns Hopkins.

“Todavía ignoramos mucho sobre este virus, pero se está haciendo claro que se necesitarán más recursos para proteger la salud pública. Pero comprender cómo podría ser una epidemia de fiebre zika puede de verdad ayudarnos con la planificación y la creación de políticas a medida que nos preparamos”, dijo Lee.

Unos modelos computarizados de brotes en Florida, Georgia, Alabama, Mississippi, Louisiana y Texas sugieren que incluso un brote leve de fiebre zika con una tasa de infección de tan solo 0,01% podría provocar más de 7.000 infecciones y 183 millones de dólares en costos médicos y productividad perdida.

Unos brotes más severos podrían suponer una gran carga económica. El impacto de una tasa de infección de 1% alcanzaría los 1.200 millones de dólares, mientras que una tasa de infección de 10% costaría más de 10.300 millones de dólares.

Los estados incluidos en el análisis tienen las poblaciones más numerosas de *Aedes aegypti*, el mosquito más propenso a portar y propagar el virus Zika.

El año pasado, el Congreso aprobó poco más de 1.000 millones de dólares para los esfuerzos de control de los mosquitos y el desarrollo de una vacuna contra el virus Zika, además de atención de salud de emergencia en Puerto Rico, donde más de 35.000 personas han sido afectadas por el virus.

Pero quizá se necesite mucho más dinero para combatir cualquier amenaza futura. Sin detalles sobre las medidas de prevención del virus Zika que se implementarían y qué tan efectivas podrían ser, no está claro qué porcentaje de esos costos podría evitarse.

El modelo muestra que es muy probable que prevenir una epidemia, o al menos encontrar formas de ralentizarla, ahorraría dinero, sobre todo dado que las epidemias como la de la fiebre zika, tienen costos ocultos que no siempre se toman en cuenta.

En Estados Unidos, 5.264 personas se habían infectado con el virus Zika hasta el 26 de abril, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Por otra parte, 1.762 mujeres tuvieron una prueba positiva para el virus, mientras que 58 bebés habían nacido con defectos congénitos relacionados con el Zika hasta el 11 de abril, reportó la agencia.<sup>3</sup>



## Estados Unidos: Toman medidas para evitar la escasez de la vacuna contra la fiebre amarilla

1 de mayo de 2017 – Fuente: HealthDay (Estados Unidos)

Un brote de fiebre amarilla se sigue expandiendo en Brasil, y las autoridades sanitarias de Estados Unidos señalan que están tomando medidas para evitar cualquier escasez de las vacunas que los viajeros pudieran necesitar.

El 28 de abril, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos expusieron planes para “garantizar unas existencias continuas de vacuna contra la fiebre amarilla en el país”, dado que se anticipa que las reservas existentes se agoten a mediados de 2017.

Los CDC apuntaron que en 2016, Sanofi Pasteur, fabricante de la vacuna YF-VAX® contra la fiebre amarilla, se vio obligado a frenar la producción de la vacuna debido a “un problema de fabricación”.

“Se anticipa que a mediados de 2017 no habrá vacuna contra la fiebre amarilla disponible”, señalaron los CDC en un comunicado de prensa. “La vacuna YF-VAX® es la única vacuna contra la fiebre amarilla con licencia para su uso en Estados Unidos, y se distribuye en unos 4.000 centros clínicos”.

Pero una segunda vacuna contra la fiebre amarilla, llamada Stamaril®, estará disponible en 250 clínicas de todo el país, según los CDC. Sanofi Pasteur fabrica Stamaril® en Francia.

“Como la fiebre amarilla es una enfermedad potencialmente grave, los CDC y Sanofi Pasteur colaboraron en un plan para distribuir cantidades limitadas de la vacuna Stamaril® contra la fiebre amarilla para prevenir que las personas se infecten el virus hasta que la producción de la YF-VAX® se reanude en un nuevo centro en 2018”, explicó la agencia.

Las autoridades sanitarias de Estados Unidos han dado la alarma sobre la fiebre amarilla hace poco.

El Dr. Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos, y su colaboradora, la Dra. Catharine Paules, dijeron que un gran brote de fiebre amarilla en Brasil se debe monitorizar de cerca.<sup>4</sup>

La fiebre amarilla tiene una tasa de mortalidad relativamente alta y “es el virus transmitido por insectos más grave que jamás ha circulado por el continente americano”, escribieron Fauci y Paules.

“Aunque es muy improbable que veamos brotes de fiebre amarilla en la parte continental de Estados Unidos, es posible que ocurran casos de fiebre amarilla relacionados con los viajes, con periodos breves de transmisión local en regiones más cálidas, como los estados de la Costa del Golfo, donde los mosquitos *Aedes aegypti* son prevalentes”, añadió el equipo.

Según los expertos en enfermedades infecciosas, la fiebre amarilla tiene el potencial de ser la quinta infección transmitida por mosquitos en aparecer en la parte continental de Estados Unidos desde la década de 1990, tras el dengue, la fiebre del Nilo Occidental, la fiebre chikungunya y la fiebre zika.

Pero la fiebre amarilla es quizá la más peligrosa de los cinco. En un brote que comenzó en la República Democrática del Congo en diciembre de 2015, hubo 137 muertes de 961 casos confirmados, según el informe.

Y en el brote actual en Brasil, hasta ahora ha habido cientos de casos y docenas de muertes confirmadas, según las autoridades de salud.

Un hecho más alarmante en el brote de Brasil es que la enfermedad parece estar moviéndose desde su ámbito rural normal hacia las ciudades.

<sup>3</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Los números de los modelos epidemiológicos y estadísticos sobre el impacto potencial de un brote de fiebre zika en Estados Unidos suenan más que alarmantes. Se debe tener en cuenta que no hay manera de calcular el costo del bien más valioso: la vida humana. La idea es generar conciencia en quienes toman las decisiones acerca de presupuestos que el capital más valioso de cualquier país es su gente; y que toda medida destinada a proteger a las personas equivale a velar por el futuro de cualquier sociedad. No solamente se trata de números, se trata de seres humanos.

<sup>4</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).





“El brote está afectando a áreas muy próximas a centros urbanos importantes en Brasil, donde la vacuna contra la fiebre amarilla no se administra de forma rutinaria”, advirtieron Fauci y Paules.

Los autores enfatizaron que todavía no hay evidencias de que los mosquitos estén transmitiendo la fiebre amarilla entre las personas infectadas. Pero la llegada de brotes cerca de centros urbanos “plantea la preocupación de que, por primera vez en décadas ocurra transmisión urbana de la fiebre amarilla en Brasil”, explicaron.

La enfermedad no es totalmente desconocida en Estados Unidos, aunque los científicos dicen que el último brote importante sucedió en un pasado distante. “La epidemia de fiebre amarilla de Philadelphia de 1793, por ejemplo, acabó con las vidas de aproximadamente 10% de la población de la ciudad”, anotaron Fauci y Paules.

Por suerte para los estadounidenses actuales, la vacuna contra la fiebre amarilla (desarrollada por primera vez en 1937) es efectiva para prevenir la enfermedad. Se cree que la vacuna actual tiene una efectividad de 99% a lo largo de la vida.

Entre los que ya están infectados, es esencial detectar los síntomas pronto.

Pero “un reconocimiento temprano podría ser difícil en países como Estados Unidos, donde la mayoría de los médicos nunca han visto un caso de fiebre amarilla”, apuntaron los autores. Los síntomas tempranos incluyen una fiebre similar a la de la influenza, seguida de un periodo de remisión, y luego una etapa llamada “de intoxicación”: fiebre alta, disfunción del hígado e ictericia, e incluso insuficiencia cardíaca, disfunción cardíaca y del sistema nervioso, y shock.

No han surgido casos de ese tipo en Estados Unidos, pero el hecho de que se hagan viajes internacionales significa que personas sin vacunar podrían volver con la enfermedad tras visitar un área endémica.

El brote de fiebre amarilla llega mientras el virus Zika aún sigue afectando a países por toda América. Ambos virus son propagados por la misma especie de mosquito.

Para prevenir que el brote de Brasil se propague, “la identificación temprana de los casos y la implementación rápida de estrategias de gestión y prevención de salud pública, como el control de los mosquitos y una vacunación adecuada, son esenciales”, concluyeron Fauci y Paules.

## **EL SIGLO DE DURANGO** México, Durango: Se registran 13 picaduras de alacrán al día

8 de mayo de 2017 – Fuente: El Siglo de Durango (México)

En Durango se han registrado 1.372 casos de picadura de alacrán desde el inicio del año hasta la semana epidemiológica 15 (del 9 al 13 de abril), según datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en los que se especifica que los afectados son 666 varones y 706 mujeres.

De acuerdo con la estadística de este año, en promedio, son picadas por este arácnido unas 13 personas al día en esta entidad.

La capital del estado y municipios como Nombre de Dios, Mezquital, Vicente Guerrero y Pueblo Nuevo son de los que más registros de picaduras de alacrán presentan.

Y aunque Durango se ha ganado la fama de ser un estado en el que abundan los alacranes, no es el que mayor número de picaduras ostenta en la estadística de la Secretaría de Salud.

Por ejemplo, está muy lejos de los 12.768 reportes del estado de Jalisco, de los 10.708 de Guanajuato o de los 10.382 de Guerrero.

Incluso, entidades como Colima, el Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit y Puebla, registran más atenciones por este tema que Durango, por lo menos en la estadística de lo que va de 2017.

En contraparte, estados como Tabasco, Yucatán, Baja California Sur y Tlaxcala, reportan menos de 10 cada uno.



## **EMERGING INFECTIOUS DISEASES** CDC Panamá: Estudio sobre el virus Punta Toro

5 de mayo de 2017 – Fuente: *Emerging Infectious Diseases*

Un virus detectado por primera vez en un soldado estadounidense en Panamá en 1966, y que reapareció en 2009 con un brote de dengue, es estudiado por científicos panameños y extranjeros. Su nombre es Punta Toro, un padecimiento que hasta hoy, 50 años después de su descubrimiento, confunde a los especialistas.

Los pacientes que padecen este virus presentan fiebre, dolor en las articulaciones y sarpullido, síntomas que cualquier médico podría confundir con dengue.

El virus Punta Toro apareció en 1966 y luego nuevamente en 2009, pero es posible que esté circulando en Panamá y no siempre se haya podido detectar en humanos. No es motivo de alarma, pero sí debe implementarse la vigilancia.

Cuando se empezó a estudiar el virus en 1966, encontraron casos esporádicos en Darién y el centro de Panamá, es decir, zonas rurales y selváticas. Sin embargo, en 2009, cuando se dio el gran brote de dengue e influenza en el país, se detectaron varios casos de infección por el virus Punta Toro en un mismo año, sobre todo en la ciudad de Panamá y otras zonas urbanas.

Anteriormente se había determinado que el vector eran flebótomos del género *Lutzomyia*, que también transmiten la leishmaniosis. Encontrarlo en la ciudad de Panamá fue bastante extraño, porque no se conoce si el vector vive en el área urbana o si hay otro modo de transmisión. Los flebótomos son muy estudiados en zonas rurales, pero todavía no hay un estudio riguroso en zonas urbanas.

### **Detección en laboratorio**

El reciente estudio analizó muestras de pacientes que presentaban síntomas similares a los del dengue, pero que no padecían esta enfermedad. Los médicos envían al Instituto Conmemorativo 'Dr. William Crawford Gorgas' de Estudios de la Salud (ICGES) muestras tomadas entre los días 0 y 5 desde el inicio de los síntomas en el paciente, que se analizan en busca de dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika. Después se hace un análisis para clasificar las diferentes familias.

El virus Punta Toro no se ha vuelto a detectar desde 2014. No obstante, los médicos deben estar atentos de que circula y sus síntomas se asemejan a los del dengue. En caso de detectarse un brote donde los casos tienen una característica clínica que finalmente por laboratorio es negativo para dengue, debe pensarse en otros virus y enviarse muestras para su análisis al ICGES.

Aún no se sabe si el virus Punta Toro causa una enfermedad similar al dengue, la fiebre zika o la fiebre chikungunya, en cuanto a la gravedad. No se conoce mucho sobre la fase clínica de este virus, pero se piensa que es una enfermedad leve.

En Asia y áreas de Estados Unidos, circulan 'primos' del virus Punta Toro, que pueden causar una enfermedad hemorrágica severa. Se desconoce si todos los casos de infección por el virus Punta Toro son leves, o puede haber casos graves que no han sido detectados y que han sido catalogados como dengue sin diagnóstico por laboratorio.

En términos científicos, este nuevo virus es más complicado que el Chikungunya o el Dengue, porque tiene tres segmentos. El Punta Toro puede hacer recombinaciones de segmentos con virus de la misma familia. Eso significa que puede cambiar uno de sus genes por el gen de otro virus de la misma familia y si el otro virus es más severo, puede sufrir una 'supermutación' y volverse más severo.

Por eso, es necesario conocer los virus que circulan para poder estar atentos de cómo se transmiten, qué es lo que realmente causan y si hay algo que cambia en su comportamiento para poder detectarlo con rapidez.

Existe un proyecto de vigilancia del virus desde 2014 en el ICGES, para mantener alerta al Ministerio de Salud. Sin embargo, hasta el momento no se ha vuelto a detectar el virus Punta Toro.

También existe un proyecto en el que se tiene planificado buscar flebótomos en la ciudad de Panamá, caracterizar las especies y examinar cuál de estos porta algún virus.<sup>5</sup>

## **EL NACIONAL**

### **Venezuela: El gobierno admite que 11.466 niños y 756 parturientas murieron en 2016**

9 de mayo de 2017 – Fuente: El Nacional (Venezuela)

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) de Venezuela publicó los boletines epidemiológicos hasta diciembre de 2016, en los cuales se confirman las denuncias que venía realizando la Red Defendamos la Epidemiología. Los informes no se publicaban desde julio de 2015.

El MPPS admitió que murieron 11.466 niños, lo que representa 30,12% más que los registrados en 2015, cuando se notificaron 8.812 fallecimientos. Con respecto a las muertes de bebés de menos de 28 días de nacidos, aseguran que las causas frecuentes son sepsis, enfermedad de membrana hialina, neumonía y prematuridad.

También se certifica que 756 mujeres murieron al momento del parto. La mortalidad materna dio un salto de 65,79% con respecto a 2015, cuando murieron 456 mujeres.

Los datos oficiales del MPPS revelan que las declaraciones que ofreció la ex ministra de Salud, Luisana Melo Solórzano, ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de junio del año pasado, no eran ciertas.

Melo hizo referencia a una tasa de mortalidad infantil de 21,38 cada 1.000 nacidos vivos en 1998 y la contrastó con los 14,79 cada 1.000 nacidos vivos de 2015. Aseguró que en siete años el indicador muestra una reducción de 6,57 puntos en la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, para la semana epidemiológica del 5 al 11 de junio de 2016 ya se sabía, según lo expuesto en estos boletines, que murieron 4.541 niños y que había un aumento de 21,81% en relación con el año anterior.

Los documentos oficiales divulgados también confirman la reaparición de la difteria luego de 24 años de erradicación en el país y coinciden con las alertas de la Red Defendamos la Epidemiología cuando comenzó a denunciar las muertes de los primeros tres niños. La difteria se notificó por primera vez en la semana 37, que comprende los días 11 al 17 de septiembre de 2016. El boletín siguiente dedicó su editorial sobre las características de esta enfermedad.

En total, hasta diciembre del año pasado reportaron 324 casos de la enfermedad que se previene con vacunación. La difteria es una enfermedad bacteriana que afecta la garganta, fosas nasales y la piel. Puede conducir a dificultad para respirar, insuficiencia cardíaca, parálisis y muerte.

Estos datos oficiales contradicen lo que admitió la Organización Panamericana de la Salud en sus alertas. El organismo internacional mantenía ese mismo mes que solo había 20 casos confirmados de las 183 muestras de casos sospechosos o probables procesadas por el Instituto Nacional de Higiene, entre septiembre y noviembre de 2016.

<sup>5</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

El boletín no detalla los estados en donde se propagó esta enfermedad, pero la Red asegura que hasta noviembre había casos en 18 entidades. Solo los estados andinos estaban libres de la epidemia.

El MPPS también asegura que hubo 240.613 casos de malaria en el país, cuando en 2015 se notificaron 136.402 en todo el año, es decir, un aumento de 76%, y 59.348 casos de fiebre zika. No se habla sobre los problemas neurológicos como el síndrome de Guillain-Barré y niños que nacieron con microcefalia a consecuencia de esta enfermedad.

## El mundo



### Guinea: Un respiro en medio de la epidemia de sarampión

25 de abril de 2017 – Fuente: Médicos Sin Fronteras

Guinea está experimentando una epidemia nacional de sarampión a gran escala. Médicos Sin Fronteras (MSF) acaba de terminar una campaña de 10 días durante la cual se vacunaron contra el sarampión a 649.000 niños de 6 meses a 10 años de edad en Conakry. Para apoyar al Ministerio de Salud, la organización movilizó 126 equipos de 13 personas repartidos en 164 centros de vacunación en toda la capital, incluidas algunas pequeñas islas frente a la costa de Conakry.

En primer lugar, se solicitó a MSF que vacunara a un millón de niños en la ciudad, pero hace unos días el Instituto Nacional de Estadística redujo sus estimaciones de población para la ciudad de Conakry a 686.000 niños en esta franja de edad. Sobre la base de esta nueva cifra, MSF estima haber alcanzado a 94,7% de su objetivo. Sin embargo, este resultado altamente positivo todavía debe ser confirmado por un estudio independiente que comenzará muy pronto.

Desde que se declaró la epidemia el pasado 8 de febrero, se han confirmado 3.906 casos de sarampión y 20 muertes en todo el país, unas cifras más que trágicas si se tiene en cuenta que el sarampión puede evitarse fácilmente gracias a la vacuna.

En Conakry, MSF apoyó a 30 centros de salud en la gestión de los casos leves de sarampión, así como al hospital de Nongo, donde se hospitalizaron los casos más graves. Hasta ahora, se ha tratado a 5.004 niños y hospitalizado a 42. Se trata de un número relativamente bajo, considerando la dimensión de la epidemia. Todavía se desconoce el motivo; un estudio de la organización tratará de establecer el grado de protección actual de la población, y también podría revelar si se produjeron muchos casos de pacientes que no recibieron atención o que posiblemente murieron en sus domicilios. Si fuera así, evidenciaría la existencia de un problema de acceso a la atención médica.

Teniendo en cuenta que ya se había realizado una vacunación masiva contra el sarampión en Conakry hace un año, en la actualidad la gran mayoría de los niños de la capital ya debería haber recibido las dos dosis necesarias de la vacuna para una protección óptima. El gobierno guineano lanzará próximamente una campaña de vacunación en el resto del país (a excepción de Nzérékoré, donde la ONG ALIMA ya ha realizado una campaña de vacunación).

Sin embargo, para garantizar la protección en el futuro, lo más importante es mejorar el programa de vacunación rutinaria en el que cada niño debe ser vacunado a una determinada edad en su centro de salud local, como sucede en los países desarrollados. Cuando los programas de vacunación rutinaria funcionan adecuadamente, no hay necesidad de lanzar costosas campañas correctivas, muy difíciles de organizar en términos de logística.

Sin embargo, en la práctica, establecer un programa de vacunación rutinaria es más difícil de lo que parece en teoría. Exige contar con un sólido respaldo de los asociados internacionales, especialmente en Guinea, donde el sistema de salud ya de por sí débil todavía está recuperándose de la devastadora epidemia de enfermedad por el virus del Ébola.



### Liberia: La causa de la misteriosa enfermedad sería *Neisseria meningitidis* serotipo C

8 de mayo de 2017 – Fuente: Reuters

Cuando varias personas murieron repentinamente el mes pasado en Liberia después de asistir a un funeral en el condado meridional de Sinoe, sonaron las campanas de alarma: ¿el virus del Ébola había regresado a África Occidental?<sup>6</sup> En 2014 y 2015, el mayor brote conocido de la mortal enfermedad mató a más de 11.000 personas en Liberia y dos países vecinos. Pero en lugar de señalar el retorno de ese virus, el brote –que hasta ahora ha enfermado a 30 personas y ha matado a 13– puede haber resaltado su legado: un sistema de monitoreo de la enfermedad puesto en práctica después de la epidemia de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE). Aunque la respuesta de salud pública estaba lejos de ser impecable, rápidamente calmó los temores de la EVE y ahora apunta a una enfermedad diferente: la meningitis.

<sup>6</sup> Ver 'Liberia: Reportan muertes de etiología indeterminada vinculadas con un funeral' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.911, de fecha 3 de mayo de 2017, haciendo clic [aquí](#).

El 8 de mayo, apenas 13 días después de que los primeros casos fueron reportados, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), de Estados Unidos, anunciaron que las muestras de cuatro pacientes resultaron positivas para *Neisseria meningitidis* serotipo C, una bacteria que, si no se trata, puede matar a la mitad de las personas que enferma. La enfermedad se propaga a través del contacto cercano, como besarse y, a menudo, causa epidemias devastadoras a través de lo que se conoce como 'el cinturón de la meningitis', que se extiende a través de África. Pero no es familiar en Liberia.

La primera paciente, una niña de 11 años, llegó al Hospital 'F. J. Grant Memorial' en Greenville, una capital regional, el 23 de abril, que padecía vómitos y diarrea, pero también confusión mental y alucinaciones. Una hora después había fallecido. Otro paciente con síntomas similares llegó al día siguiente. Luego, en la mañana del 25 de abril, llegaron 14 pacientes. "Al menos un trabajador de la salud en cada distrito ha sido entrenado para monitorear y reportar cualquier evento sospechoso", dice Alex Gasasira, Representante en Monrovia de la Organización Mundial de la Salud. A continuación, informan a los funcionarios del condado, que pasan la información hasta el nivel nacional.

"La demora entre el transporte de las muestras y los resultados ha disminuido drásticamente", dice Thomas Nagbe, director de la división de epidemiología y enfermedades infecciosas del Instituto Nacional de Salud Pública de Liberia. La alerta llegó a Monrovia en cuestión de horas. Ese mismo día, un equipo de investigación, que incluía a científicos de los CDC estacionados en Monrovia, condujo hasta Greenville, un viaje de ocho horas en coche en las actuales condiciones de lluvia. Al mismo tiempo, un mensajero en motocicleta que transportaba muestras de pacientes salió del hospital, llegando a Monrovia a eso de las 19:00 horas. Más tarde, esa noche, el Laboratorio Nacional de Referencia descartó el virus del Ébola, para alivio generalizado.

Las pruebas también descartaron la fiebre hemorrágica de Lassa, y la principal hipótesis se convirtió en envenenamiento, ya que todos los pacientes habían asistido al mismo funeral el 22 de abril, a excepción de una mujer que murió en Monrovia. Su esposo, que también murió, había asistido, y los investigadores especularon que él pudo haber llevado comida casera de su hogar al entierro, o viceversa. Esas investigaciones continúan. Los CDC también están analizando muestras de orina, sangre y suero en busca de metales y algunos venenos ambientales. "Todavía no descartamos nada", dice Gasasira.

Pero la evidencia de la meningitis está aumentando. Un patólogo keniano que realizó autopsias este fin de semana en dos de los cuerpos observó signos compatibles con meningitis. Aunque pocos pacientes tenían fiebre, un signo común de meningitis, otros síntomas y el corto tiempo entre el inicio de la enfermedad y la muerte son típicos. "La presentación clínica fue muy inusual, por eso la meningitis no encabezaba nuestra lista. Las muestras de los otros pacientes también se someterán a la prueba de *N. meningitidis*. Entonces estaremos mucho más seguros", dice Gasasira.

Una gran pregunta es por qué *N. meningitidis* apareció de repente en Liberia. Desde que se introdujo una nueva vacuna en 2010, el número de casos de meningitis en África ha disminuido drásticamente. Pero esa vacuna sólo protege contra el serotipo A. El número de infecciones por el serotipo C ha aumentado; Nigeria y Níger están ahora luchando contra un gran brote. "La meningitis C está llenando el vacío creado por la meningitis A", dice Gasasira. Otra posibilidad es que la enfermedad estuviera presente en Liberia, pero no fuera reconocida en el pasado.

Algunas de las medidas cautelares que ya se han tomado podrían ayudar a limitar cualquier propagación adicional. Por ejemplo, a los pacientes se les administraron antibióticos profilácticos, y las listas de personas que tuvieron contacto con los casos fueron elaboradas rápidamente. "La respuesta sugiere que la capacidad de Liberia para detectar un brote de una enfermedad ha mejorado mucho a raíz del brote de EVE", dice Vincent Munster, virólogo del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas en Rocky Mountain Laboratories en Hamilton, Montana. "Pero África Occidental, con todos los recursos internacionales que se vierten en la región, es un caso especial. Hay un número de países que no están ni cerca de esa situación", añade.



## Níger: Brote de hepatitis E

5 de mayo de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 12 de abril de 2017, el Ministerio de Salud de Níger notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de infecciones por el virus de la hepatitis E (VHE) en la región de Diffa, en la parte oriental del país. El 19 de abril, el Ministerio de Salud declaró oficialmente el brote.

Desde el 9 de enero de 2017, se observó un aumento de casos de ictericia entre mujeres embarazadas en el Centro Materno-Infantil de Diffa. Inicialmente, los casos presentaron dolor de cabeza, vómitos, fiebre, conjuntivitis, dolor pélvico, y pérdida de memoria.

Se sospechó inicialmente en la fiebre amarilla como la causa de este brote. Sin embargo, teniendo en cuenta una serie de casos entre mujeres embarazadas informadas al Centro Materno-Infantil en Diffa, y un brote de hepatitis E en el vecino Chad, también se consideró a la hepatitis E como causa potencial de los signos y síntomas. Se tomaron muestras, que fueron enviadas al Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Dakar (IPD) para su análisis. De las 29 muestras analizadas hasta el momento, todas dieron negativo para fiebre amarilla y 15 dieron positivo para la hepatitis E, mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Hasta el 3 de mayo, se ha notificado un total de 282 casos sospechosos, incluyendo 27 muertes. Todas las muertes reportadas, excepto una, ocurrieron en mujeres embarazadas (tasa de letalidad: 9,57%). Hasta la fecha, cinco de los seis distritos de la región de Diffa han reportado casos, y 188 de ellos corresponden a los distritos de Diffa y N'Guigmi. La región de Diffa es una de las regiones afectadas por la crisis de la cuenca del lago Chad, y hay allí movimientos frecuentes a través de la frontera.



## Respuesta de salud pública

El 6 de abril, el Ministerio de Salud convocó a una reunión de emergencia para revisar y comprender mejor la situación del brote. Se han iniciado las siguientes actividades en respuesta al foco:

- Se ha activado un plan de contingencia y se están celebrando reuniones semanales para coordinar las actividades de respuesta a los brotes.
- Se ha llevado a cabo una investigación preliminar del brote en Diffa, durante el cual se obtuvieron muestras biológicas. En línea con el enfoque de 'Una Salud', están en marcha preparativos para una investigación en profundidad.
- Se está implementando la gestión de casos, sin costo alguno para los pacientes, principalmente con el apoyo de la OMS y Médicos Sin Fronteras.
- Se está reforzando la vigilancia de la hepatitis E mediante la inclusión de esta enfermedad en la lista de enfermedades de reporte obligatorio.
- Se está fortaleciendo la participación de la comunidad en la "búsqueda de atención temprana", especialmente entre mujeres embarazadas.
- También se está reforzando la colaboración transfronteriza con los países vecinos mediante el intercambio de información regular.
- Se está preparando un plan integral de respuesta a los brotes, que se utilizará para movilizar los recursos necesarios.

## Evaluación de riesgos de la OMS

También se han reportado casos entre las poblaciones de desplazados o refugiados, amenazando con una propagación transfronteriza inminente a países de la cuenca del Lago Chad, en especial a áreas vecinas de Nigeria, Chad y el norte de Camerún. Además, necesita establecerse la fuente y la magnitud del brote en Níger.

Este es el primer brote confirmado de hepatitis E en Níger. Es importante señalar que este evento se ha producido en una región donde las poblaciones vulnerables están en situación precaria después de su desplazamiento a causa de la inseguridad. Actualmente, la región de Diffa es la principal zona afectada.

Para comprender mejor la magnitud del brote, se está llevando a cabo la búsqueda activa de casos en diferentes centros de salud de la región y a nivel comunitario. El refuerzo de las intervenciones de agua, saneamiento e higiene (WASH) facilitará la interrupción de la transmisión del virus y la prevención de nuevos casos. Será importante mantener la comunicación transfronteriza en curso para permitir el intercambio de la experiencia en la gestión de los brotes de hepatitis E.

## Advertencias de la OMS

La OMS recomienda enfáticamente una investigación en profundidad del actual brote de hepatitis E con el fin de determinar la magnitud del evento y las fuentes de infección. La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y realizando la evaluación del riesgo a medida que se obtiene nueva información. La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes o el comercio con Níger en base a la información actual disponible.<sup>7</sup>



### Portugal: Ya son 27 los casos confirmados de sarampión

5 de mayo de 2017 – Fuente: Jornal de Noticias (Portugal)

El número de casos confirmados de sarampión en Portugal este año se elevó a 27, según dio a conocer el 5 de mayo la Dirección General de Salud (DGS), que recibió 123 notificaciones desde el 1 de enero.

El saldo anterior, del 2 de mayo, daba cuenta de 25 casos confirmados y 114 notificaciones desde el 1 de enero.

El boletín epidemiológico publicado el 5 de mayo, referente al período 01-06 de mayo, informó que los casos confirmados se concentran en las regiones de Lisboa y Vale do Tejo (19), donde se registró la única muerte hasta la fecha, Algarve (7) y Norte (1).

<sup>7</sup> La infección por el virus de la hepatitis E (VHE) durante el embarazo y en el tercer trimestre, especialmente por el genotipo 1, está asociada con una infección más severa y puede causar una insuficiencia hepática fulminante y muerte materna. Aunque el mecanismo de la lesión hepática aún no está claro, es posible que la interacción de los cambios hormonales e inmunológicos durante el embarazo, junto con una alta carga viral del VEH, vuelve a la mujer más vulnerable. Los cambios inmunológicos durante el embarazo promueven el mantenimiento del feto en el ambiente materno por la supresión de la inmunidad mediada por las células T, haciendo que las mujeres embarazadas sean más susceptibles a las infecciones virales, como el VHE. Durante el embarazo, los niveles de progesterona, estrógeno y la gonadotropina coriónica humana aumentan a medida que avanza el embarazo. Estas hormonas juegan un papel considerable en la alteración de la regulación inmune y el aumento de las replicaciones virales.

La infección por el genotipo 1 del VHE durante el tercer trimestre puede aumentar la mortalidad materna hasta 15 a 25% de los casos. La mayoría de los estudios sobre la elevada mortalidad materna se han realizado en India, donde la infección se presenta en forma epidémica. Hay un muy elevado riesgo de transmisión vertical del VHE de la madre al feto. Durante una epidemia en Delhi, un estudio en base a datos hospitalarios reveló que la infección por el VHE durante el embarazo se asocia con aborto involuntario, muerte fetal o muerte neonatal en 56% de los lactantes. Un estudio reciente pone de manifiesto que la infección por el VHE podría ser responsable de 2.400-3.000 nacidos muertos cada año en los países en desarrollo, con muchas muertes fetales adicionales vinculadas a las muertes maternas prenatales. Hay un muy alto riesgo de parto prematuro en mujeres embarazadas con la infección por el VHE, con tasas reducidas de supervivencia neonatal. En dos estudios separados de India, 15 a 50% de los nacidos vivos hijos de madres con infección por el VHE murieron en la primera semana de vida. Durante un brote en Sudán en 2010 y 2011, entre 39 mujeres embarazadas con infección por el VHE hubo 14 muertes intrauterinas y 9 partos prematuros.

La DGS admite que “la posibilidad de transmisión en Algarve ser controlada”, pero no descarta “la posibilidad de nuevos casos en la región de Lisboa y Vale do Tejo”, a pesar de prever que la epidemia de sarampión en Portugal “no tendrá mucho expresión en términos de magnitud”.

De los casos confirmados, 17 son personas mayores de 18 años, registrados en Lisboa y Vale do Tejo y Algarve. En Norte, el único caso es el de un niño de entre 1 y 4 años de edad, no vacunado, que fue internado y ya recibió el alta.

Según el boletín, el sarampión ha provocado en lo que va del año la hospitalización de 13 personas; todos han recibido el alta. De los 27 casos confirmados, 17 no estaban vacunados.

En la regiones de Lisboa y Vale do Tejo y de Algarve, el sarampión fue confirmado en 12 profesionales de la salud, ocho de los cuales estaban vacunados. El DGS cree que “la incidencia en profesionales de la salud impone la adopción de medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud ocupacional”.



## **Portugal: Un brote de hepatitis A afecta a 242 personas**

8 de mayo de 2017 – Fuente: EFE

El número de afectados por un brote de hepatitis A en Portugal asciende ya a 242 personas, lo que supone un aumento de más un centenar de casos en apenas un mes, informó hoy la Dirección General de Salud (DGS) lusa.

La cifra fue anunciada por el máximo responsable de este organismo, Francisco Moura George, quien además avanzó que las autoridades adquirirán hasta diciembre 53.000 vacunas adicionales para hacer frente a la situación.

Portugal ya contaba con alrededor de 12.000 vacunas hasta abril, de las cuales ya se han administrado 1.200, según la DGS, que pretende reforzar la vacunación antes de la llegada de los festivales de verano.

De acuerdo con las cifras presentadas hoy, el brote en Portugal afecta mayoritariamente a hombres (93% del total) y más de la mitad de los casos (57%) se dieron por contagio a través de contacto sexual.

Los casos de hepatitis A están presentes en otros países europeos, donde está especialmente concentrado en la provincia de Albacete.



## **Impulsan una alianza global para combatir los mosquitos transmisores de enfermedades mediante la participación ciudadana**

9 de mayo de 2017 – Fuente: Centre de Recerca Ecològica i Aplicacions Forestals (España)

El proyecto Mosquito Alert, coordinado desde el Centro de Investigación Ecológica y Aplicaciones Forestales (CREAF, en España), el Centro de Estudios Avanzados de Blanes-Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CEAB-CSIC) y la Institución Catalana de Investigación y Estudios Avanzados (ICREA), e impulsado por la Obra Social ‘la Caixa’, inicia una alianza estratégica entre plataformas de ciencia ciudadana y la División de Medio Ambiente de la Organización de Naciones Unidas (ONU) con la intención de unirse en la lucha global contra las enfermedades transmitidas por mosquitos. La iniciativa se inaugura bajo el nombre de Global Mosquito Alert y agrupa científicos y voluntarios de todo el mundo para seguir y controlar mosquitos transmisores de enfermedades como la fiebre zika, la fiebre amarilla, la fiebre chikungunya, el dengue, la malaria y la fiebre del Nilo Occidental.

La Directora científica de la División de Medio Ambiente de la ONU, Jacqueline McGlade, afirma que “Global Mosquito Alert ofrecerá, por primera vez, una plataforma compartida donde la ciencia ciudadana será uno de los pilares para la vigilancia y control de mosquitos vectores de enfermedades globales. Será una infraestructura única, abierta para que cualquier persona pueda usarla y podrá ser ampliada en módulos específicos, además de implementarse a cualquier escala para satisfacer las necesidades locales y globales”. Según fuentes sanitarias, los mosquitos transmisores de enfermedades provocan cerca de 2,7 millones de muertes cada año, principalmente en África y en América Latina. Además, se estima que los casos de enfermedades transmitidas por mosquitos en todo el mundo superan los 500 millones de casos al año.

Esta iniciativa se acordó en una reunión de trabajo celebrada en Genève a principios de abril, organizada por la División de Medio Ambiente de la ONU, el Programa de Innovación Científica y Tecnológica (STIP) del Centro Wilson, y la Asociación Europea de Ciencia Ciudadana (ECSA), viendo el éxito del proyecto Mosquito Alert, impulsado por la Obra Social ‘la Caixa’. Desde hace tres años, Mosquito Alert une la colaboración de la ciudadanía con gestores y científicos para estudiar y controlar la expansión del mosquito *Aedes albopictus* en España y la posible llegada del mosquito *Aedes aegypti*.

Esta iniciativa global evolucionará como una colaboración entre las asociaciones de ciencia ciudadana de Europa, Australia y Estados Unidos, además de la comunidad de ciencia ciudadana del Sudeste Asiático. Según explica Jacqueline McGlade, “actualmente ya hay una inversión hecha en la lucha de los mosquitos vectores de enfermedades mediante la colaboración ciudadana, pero ahora buscamos integrar y maximizar la eficacia de estos proyectos a escala global. No obstante, en este momento la iniciativa se encuentra en un marco muy conceptual y la oportunidad de mantener estos proyectos de participación ciudadana activos en el máximo nivel científico dependerá de conseguir la financiación que permita llevar a la práctica la iniciativa Global Mosquito Alert y su posterior promoción a nivel mundial”.

La iniciativa Global Mosquito Alert incluye varias plataformas ya existentes por todo el mundo: Mosquito Alert de España; MosquitoWEB de Portugal; Zanzamapp en Italia; Muggenradar de los Países Bajos; Globe Observer Mosquito Habitat Mapper de Estados Unidos, así como el Invasive Mosquito Project USA.

## Un único portal con información accesible

Los componentes de Global Mosquito Alert compartirán la información generada a partir de sus proyectos de ciencia ciudadana a través del Environmental Live, diseñado y gestionado por la División de Medio Ambiente de la ONU. Este portal online dinámico suministra datos ambientales en tiempo real de todo el mundo. Estos datos están en acceso abierto y preparados para ser procesados y compartidos en el ámbito científico y también para el público general.

De este modo, a través de este portal, Global Mosquito Alert difundirá conocimiento y estrategias para la vigilancia y el control de mosquitos transmisores de enfermedades y de sus puntos de cría basados en las aportaciones ciudadanas. También incorporará información sanitaria, como las medidas de las molestias de las picaduras de los mosquitos a través de la experiencia de la ciudadanía con el fin de mejorar la gestión del riesgo sanitario. Por último, también se pondrá en común información científica como el seguimiento de especies de mosquitos utilizando las técnicas de identificación más recientes basadas en el ADN.

Con esta información accesible a nivel mundial se quiere facilitar el control de las amenazas de salud pública y la reducción del riesgo de transmisión de enfermedades por parte de los gestores y de las administraciones responsables. Así, se abre también una gran oportunidad a la ciudadanía para contribuir a una solución global, generando conocimiento con sus observaciones de mosquitos y lugares de cría y complementar la información que ya disponen las fuentes gubernamentales de salud pública.

## Falsos mitos sobre las vacunas (4/5)

LaVoz  
DEL INTERIOR



### Las vacunas causan autismo

Un estudio de 1998 vinculó la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola con la posibilidad de que el niño sufra autismo. Luego se determinó que el trabajo contenía graves irregularidades, por lo que la revista que lo divulgó lo retiró. Pero su divulgación despertó temores que provocaron una disminución en las tasas de inmunización y los subsiguientes brotes de esas enfermedades. No existen pruebas científicas de una relación entre esa vacuna y el autismo o trastornos autistas. Tampoco hay evidencia de que provoquen muerte súbita en los bebés.

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda aquella persona interesada en recibir este Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a [reporteepidemiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.