



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com

Esta publicación cuenta con el beneplácito de la Legislatura Unicameral de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de botulismo del lactante
- A más de la mitad de los adultos no les prescriben las vacunas que les corresponden
- Salta: Disminuyeron 30% los casos de influenza respecto del año pasado

América

- Brotes de conjuntivitis en la Región
- Estados Unidos: Las muertes por cáncer de hígado se han duplicado desde la década de 1980
- Honduras: Alerta por el aumento de casos de diarrea y vómito en menores
- México, Tamaulipas: Aumentan los casos de hepatitis A en Ciudad Victoria

- Nicaragua: El 69% de los infectados por el VIH tienen entre 20 y 39 años de edad
- Perú: Son 47 los fallecidos por dengue en las zonas afectadas por El Niño Costero

El mundo

- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV
- España: El diagnóstico precoz sigue siendo el eje de la lucha contra las ITS
- España, Comunidad Valenciana: Brote de tuberculosis en un centro de recepción de menores de Valencia
- Islas Marshall: Se propaga un brote de parotiditis
- República Democrática del Congo: Circulación de poliovirus tipo 2 derivado de la vacunación



Número 1.932

21 de junio 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.)
 Fanch Dubois (Fra.)
 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/

**CIRCULO
MÉDICO DE
CÓRDOBA**

www.circulomedicocba.org/

CMPC
Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

**Sociedad Argentina de Infectología
Pediatría**

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de botulismo del lactante

12 de junio 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 18. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2016		2017	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—
Buenos Aires	2	2	5	—
Córdoba	6	4	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	—	—	—	—
Centro	8	6	5	—
Mendoza	—	—	4	—
San Juan	3	2	—	—
San Luis	3	3	3	1
Cuyo	6	5	7	1
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	—	—	1	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	—	—	1	—
Catamarca	—	—	1	1
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	2	2	—	—
Santiago del Estero	2	1	1	—
Tucumán	—	—	1	1
NOA	4	3	3	2
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	1	—
Neuquén	2	2	—	—
Río Negro	1	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	3	2	1	—
Total Argentina	21	16	17	3

LA NACION A más de la mitad de los adultos no les prescriben las vacunas que les corresponden

19 de junio de 2017 – Fuente: La Nación (Argentina)

Ninguna estrategia de salud pública demostró ser tan efectiva como la vacunación para prevenir enfermedades infecciosas y evitar su diseminación. Aun así, en Argentina 54% de los mayores de 18 años no recibió una indicación médica para vacunarse en los últimos cinco años, según una encuesta de Poliarquía Consultores y Prosanity. Tener un médico de cabecera eleva las chances de estar al día con las inmunizaciones.

“Observamos que una gran proporción de población adulta en Argentina no tiene un acceso formal ni a la información sobre las vacunas recomendadas para cada edad ni a la cobertura para acceder a ese beneficio, aun cuando el país tiene el calendario de vacunación gratuito más amplio del mundo”, explicó Daniel Lew, miembro consultor del área de salud de Poliarquía Consultores e integrante del Servicio de Medicina Familiar del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas ‘Norberto Camilo Quirno Costa’ (CEMIC).

Destacó que de acuerdo con los resultados obtenidos “tener médico de cabecera o no tenerlo influye de manera significativa en la posibilidad de recibir o no las vacunas recomendadas. Quienes dicen contar con un profesional de referencia tienen casi 50% más posibilidad de haberse aplicado alguna vacuna en los últimos cinco años”.

El relevamiento se hizo en mayo de 2017 e incluyó a una muestra de 1.288 jóvenes y adultos representativa de la población argentina mayor de 18 años. Mientras que 54% dice que los médicos que consultó en los últimos cinco

Percepción sobre el beneficio de las vacunas

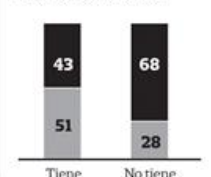
Indicación médica para aplicarse vacunas

¿Usted ha recibido indicación médica para aplicarse alguna vacuna en los últimos 5 años?



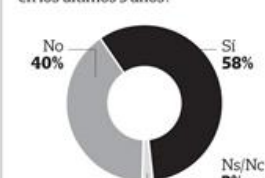
Indicación médica para aplicarse vacunas según posesión de médico de cabecera

■ Recibió indicación
■ No recibió indicación



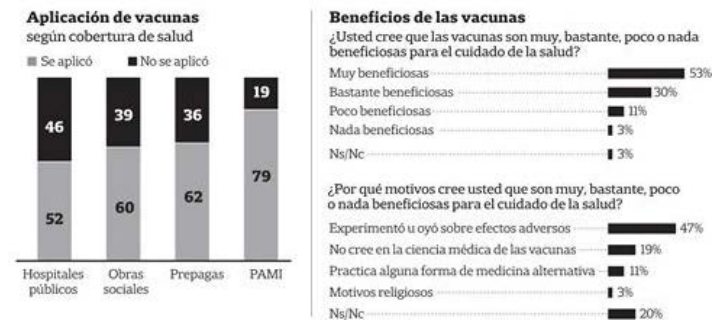
Aplicación de vacunas

¿Usted se ha aplicado alguna vacuna (contra la gripe, la hepatitis, la triple viral, la antitetánica u otras) en los últimos 5 años?



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

Percepción sobre el beneficio de las vacunas



les y las prepagas, los resultados son, respectivamente, de 60 y 62%.

“Aparentemente, el sector público sigue siendo el sector más débil en cuanto a la facilidad o al acceso a la vacunación aun cuando la consulta en ese subsector del sistema de salud es un buen momento para intervenir o para aconsejar a los pacientes de los grupos de riesgo, como los adultos mayores, las personas con enfermedades crónicas o las embarazadas. Es el sistema natural de atención y, por supuesto, para la vacunación de la población más vulnerable”, dijo Lew.

Explicó que los afiliados al PAMI no necesitan orden médica para aplicarse vacunas contra la influenza, por ejemplo. Los beneficiarios de las obras sociales y las prepagas, si tienen la cobertura asegurada, van a un vacunatorio o a un centro de salud y por la edad o por pertenecer a algún grupo de riesgo en una base de datos se pueden aplicar las vacunas recomendadas sin indicación, según agregó el especialista.

“La falta de vacunación identificada en los hospitales públicos se puede atribuir a la precariedad socioeconómica y laboral que limita el acceso a las obras sociales y las prepagas. El 55% de la población estima que no pertenecer a estas coberturas dificulta mucho o bastante el acceso a las vacunas”, señalan los encuestadores en sus conclusiones.

Al indagar si tener un médico de cabecera influía o no en esa posibilidad, los resultados se inclinaron a favor de contar con ese profesional de referencia: 51% de los que lo tienen recibió una indicación de vacunarse en los últimos cinco años, comparado con 28% de los que carecen de un médico que conozca su historia clínica y sus antecedentes familiares.

Imagen social

En Argentina, la mayoría (83%) opina que las vacunas son “bastante” o “muy” beneficiosas. Es baja la cantidad que desconfía de sus efectos (14%): les preocupan sus efectos adversos, aun cuando apenas 9% mencione haber sufrido alguno.

Otros motivos de esa desconfianza, según surgió de la encuesta, estarían más asociados con las creencias religiosas (3%), el escepticismo hacia la medicina (19%), el uso de alguna medicina alternativa (11%) o porque la persona sufrió u oyó hablar de efectos adversos.

Para Federico Augustovski, que dirige el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), la actitud hacia las vacunas en la población es buena. “En muchos lugares del mundo está el movimiento antivacunas, que aquí no parecería estar tan extendido”, indicó el investigador, que también dirige el Centro Provac, una red de vacunación de la Organización Panamericana de la Salud. “En general, las vacunas demostraron en los últimos 100 años ser buenas para la salud pública”, dijo Augustovski, que no participó de la realización de la encuesta.

Señaló además que excepto en los chicos y los adultos mayores, entre los 18 y los 60-64 años de edad no hay que vacunarse todos los años, sino aproximadamente cada 10 años, cuando no hay problemas de salud que así lo justifiquen. “Que la mitad no haya recibido una indicación para vacunarse me parece razonable. Las tasas de vacunación son muy buenas en el país”, opinó.

En tanto, Daniela Hozbor, coordinadora de la Subcomisión de Vacunología de la Asociación Argentina de Microbiología (AAM), consideró “muy interesante” que se indague en la opinión pública hacia las vacunas. “Es un calendario de lujo por la cantidad de vacunas que incluye, que son gratuitas y obligatorias. Es fundamental conocer lo que la población percibe o conoce”, indicó Hozbor, que es investigadora principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), especializada en vacunas y profesora titular de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata.

“Los gobiernos difunden la información, pero quizás eso no alcance para que la población valore lo que significan las vacunas. En prevención, el agua corriente y las vacunas son la mejor estrategia. Y el médico es un eslabón esencial a la hora de la difusión. Es clave no perder oportunidades: las vacunas se deben aplicar en tiempo y forma. Los esquemas existen porque está demostrado que así son más beneficiosos para la prevención. Cualquier brecha tendrá un impacto negativo. Porque las vacunas no sólo protegen a quien se las aplica, sino también a la comunidad”, indicó la especialista.

años no le aconsejaron vacunarse, 40% recibió la indicación profesional. El 50% de los mayores de 18 años piensa que las vacunas son para los chicos.

Pero al consultar sobre si se habían aplicado alguna vacuna, independientemente de que un médico se lo recomendará o no, creció a 60% la cantidad que se había vacunado contra infecciones como la influenza, la hepatitis o la neumonía.

Entre los afiliados al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), esa respuesta sube a 79%. Eso disminuye a 52% entre los usuarios de los hospitales públicos. En los beneficiarios de las obras socia-



La Sala de Situación de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de Salta informó que la provincia tiene hasta el momento 30% menos pacientes diagnosticados con influenza que en el mismo período de 2016.

Salta vive desde hace cuatro semanas el pico de influenza y otras enfermedades respiratorias que, según las estadísticas oficiales, se repite todos los años. Desde mediados de mayo y hasta la primera quincena de junio se presenta la mayoría de las infecciones de este tipo.

Griselda Rangeón, directora de Epidemiología de la provincia de Salta, destacó que “los números de este período en comparación con los del año pasado están siendo positivos, por lo menos hasta ahora, aunque no debemos descuidarnos con la prevención”.

Rangeón destacó que la situación se repite en el resto del país. “En las estadísticas nacionales se registra 23% menos de notificaciones de las que hubo el año pasado para el mismo término”, afirmó.

La vigilancia que mantiene Epidemiología es a partir de la semana 17, o sea, desde el 24 de abril a la actualidad.

La directora de Epidemiología destacó que hasta ahora se han diagnosticado 140 casos de influenza A y 30 de influenza B en toda la provincia. “Hay que destacar que la influenza A se debe subtipificar en A(H1N1), que no hay casos, y A(H3N2) que es el virus de la influenza estacional”, destacó. El informe nacional de 2016 advierte que Salta tuvo 224 casos de influenza.

En cuanto a las infecciones respiratorias en los niños, el virus sincicial respiratorio ya suma 264 cuadros confirmados. “Pese a esto, todavía estamos mejor que en 2016, cuando se registraron 599”, destacó Rangeón.

La ciudad de Salta es la que registra el mayor número de casos. En el Hospital Público Materno Infantil se atendieron 39 de influenza A y 13 influenza B; en el Hospital ‘Señor del Milagro’ se diagnosticaron 18 casos de influenza A y 5 de influenza B; en el Primer Nivel de Atención se dieron 14 casos de influenza A y uno solo de influenza B y el Hospital ‘Papa Francisco’ tuvo 11 casos de influenza A y 3 de influenza B. De este total, solo 3 fueron subtipificados como A(H3N2). El resto de las muestras fueron enviadas a Buenos Aires para una subtipificación.

Desde Epidemiología de la Provincia destacaron que a nivel nacional solo se confirmaron 3 casos de A(H1N1), que se dieron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires.

Rangeón advirtió que las medidas para mantener bajos los índices de contagio son, principalmente, la vacunación, la ventilación de los ambientes y la higiene, sobre todo de las manos. En cuanto a la vacunación, se recordó que los niños menores de 2 años reciben la vacuna contra la influenza en dos dosis. “Lamentablemente tenemos un muy buen registro de la primera dosis, pero no de la segunda. Y su aplicación es fundamental para evitar los contagios”, agregó Rangeón.

La directora de Epidemiología destacó que también pueden acceder a la vacuna de la influenza –en cualquier momento del año– las personas mayores de 65 años o las que se encuentran en grupos de riesgo: trasplantados, cardíacos, embarazadas, diabéticos y todo paciente que el médico determine que debe recibir la vacuna antigripal.



América



Brotos de conjuntivitis en la Región

16 de junio de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Resumen de la situación

Hasta la semana epidemiológica (SE) 23 de 2017, cinco países y territorios de las Américas han notificado brotes de conjuntivitis: Bahamas, Brasil, Guadalupe, Martinica y República Dominicana.

En **Bahamas**, durante los meses de mayo y junio de 2017, se observó un incremento en el número de casos de conjuntivitis. Un total de 240 casos fueron notificados en comparación con 187 casos notificados durante el mismo período en 2016. Las medidas de salud pública necesarias para el abordaje de la situación han sido implementadas por las autoridades de salud correspondientes.

En **Brasil**, en el municipio de Humaitá, Estado Amazonas, se notificó un brote de conjuntivitis con 172 casos notificados entre el 18 de mayo y el 6 de junio de 2017. Las autoridades locales de salud se encuentran implementando las medidas de prevención y control para detener el brote.

En **Guadalupe**, desde fines de 2016 se observó un aumento del número de casos de conjuntivitis por encima del umbral epidémico. Entre las SE 20 y SE 21 de 2017, el número de casos sospechosos aumentó significativamente, con aproximadamente 500 a 600 casos semanales notificados y una incidencia acumulada de 20 casos cada 10.000 habitantes (cifra ocho veces superior a lo esperado para esta época del año). En todo el territorio, la comuna de Grand Bourg notificó la mayor incidencia con 353 casos cada 10.000 habitantes; seguida por las comunas Le Gosier,

Pointe-à-Pitre y Terre-de-Bas, con una incidencia de entre 50 y 100 casos cada 10.000 habitantes. Las pruebas de laboratorio realizadas a una fracción de muestras de los casos sospechosos resultaron positivas para enterovirus.

En **Martinica**, el número de casos de conjuntivitis aumentó significativamente en la SE 20 de 2017, cuando se notificaron 250 casos sospechosos semanales. La incidencia acumulada de conjuntivitis entre la SE 20 y la SE 21 fue de 10 casos cada 10.000 habitantes. Las comunas de Marín y François informaron las tasas de incidencia más altas con 41 y 35 casos cada 10.000 habitantes, respectivamente.

En **República Dominicana**, hasta la SE 21 de 2017, se notificaron 66.626 casos de conjuntivitis, cifra que representa un aumento de 62% en comparación con el mismo período del año anterior (41.022 casos notificados). El brote epidémico de conjuntivitis se inició en la SE 18 de 2017 y sigue en curso. Entre las SE 18 y 21, las provincias de Santo Domingo, Distrito Nacional, Santiago y San Cristóbal presentaron el mayor incremento en el número de casos.

Brotos de conjuntivitis en otros países de la Región se encuentran en investigación.

Recomendaciones

Ante el aumento de la transmisión de conjuntivitis en algunos países y territorios de la Región, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) enfatiza en la necesidad de reforzar la vigilancia e implementar las recomendaciones que contribuyen a controlar la diseminación de la enfermedad.

A continuación se citan las principales medidas relacionadas a vigilancia, prevención, y manejo de pacientes y contactos.

Medidas de vigilancia e investigación epidemiológica

- Reforzar la vigilancia para la detección oportuna de brotes a fin de orientar adecuadamente las medidas de control.
- Notificar a las autoridades sanitarias en forma inmediata la detección de brotes.
- Investigar contactos y fuente de infección y determinar si ha habido fuente común de infección.
- Reforzar el laboratorio para la confirmación del diagnóstico.
- Diseminar la información y recomendaciones para alertar a los trabajadores de salud.

Medidas de prevención, control de contactos y del ambiente inmediato

- Promover el lavado de manos así como una meticulosa limpieza y manejo de cualquier objeto que pueda entrar en contacto con secreciones oculares o respiratorias.
- Garantizar la limpieza de los exudados conjuntivales.
- Realizar actividades de educación sanitaria a los enfermos y contactos en cuanto a evitar el hacinamiento y en medidas higiénicas; instruir sobre la necesidad de evitar tocarse los ojos con las manos o con cualquier objeto y lavarse frecuentemente las manos. Los pacientes no deben compartir ningún utensilio ni objetos personales con el resto de la familia.
- Clorar adecuadamente las piscinas.
- Organizar los servicios para el diagnóstico y manejo de casos.
- Garantizar las normas de asepsia y antisepsia en los establecimientos de salud.

Para personal de salud

- Utilizar guantes y bata siempre durante la atención de los pacientes y utilizar medidas de protección personal.
- Lavarse las manos después de atender a una persona con diagnóstico probable o de certeza de conjuntivitis.
- Desinfectar muebles y equipos médicos para evitar la contaminación a otros pacientes y/o al personal.

Medidas de control del paciente

- El manejo de la conjuntivitis es sintomático y se debe limitar a medidas generales como compresas frías y lágrimas artificiales con vasoconstrictores.
- Agentes antimicrobianos no deben ser indicados a menos que haya una infección microbiana agregada. Tampoco se ha demostrado la efectividad de algún antiviral.
- No utilizar antiinflamatorios esteroides, los mismos están contraindicados debido a que se incrementa de manera importante la replicación viral.
- Usar las técnicas de aislamiento para restringir el contacto con casos en el período activo de la enfermedad: precauciones relativas a los exudados y secreciones. Restringir el contacto con los casos mientras la enfermedad está activa.²



A Cancer Journal for Clinicians

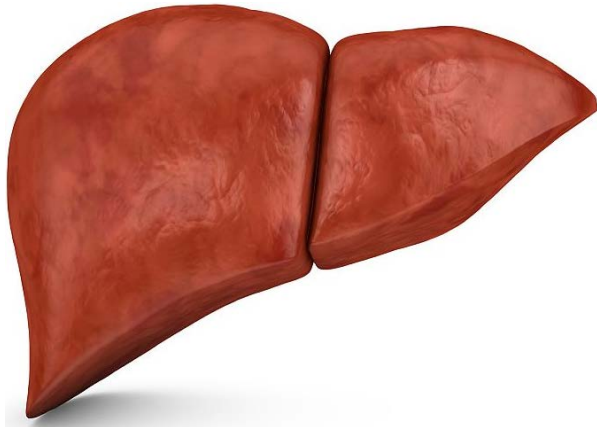
Estados Unidos: Las muertes por cáncer de hígado se han duplicado desde la década de 1980

6 de junio de 2017 – Fuente: CA: A Cancer Journal for Clinicians

El cáncer de hígado es la causa de muerte por cáncer que más está aumentando en Estados Unidos.

Los casos de cáncer de hígado han estado en aumento desde mediados de la década de 1970, una tendencia que se prevé que continuará al menos hasta 2030. Las tasas de muertes por esta enfermedad se han duplicado desde mediados de la década de 1980, el aumento más rápido de todos los tipos de cáncer.

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



Se proyecta que este año en Estados Unidos habrá 41.000 casos nuevos de cáncer de hígado y 29.000 muertes por la enfermedad.

El cáncer de hígado es ahora la quinta causa principal de muerte por cáncer en los hombres, y la octava en las mujeres. Más o menos 1% de las personas recibirán un diagnóstico de la enfermedad a lo largo de sus vidas. Apenas una de cada 5 sobrevive cinco años tras el diagnóstico.

Un motivo clave del aumento del cáncer de hígado es una tasa más alta de infección con el virus de la hepatitis C en la generación de la postguerra. Entre las personas nacidas entre 1945 y 1965, 2,6% tienen hepatitis C, una tasa seis veces más alta que la de los demás adultos.

Las crecientes tasas de obesidad y de diabetes tipo 2 también han contribuido. Otros factores de riesgo del cáncer de hígado incluyen el alcohol, que aumenta el riesgo en más o menos 10% por copa al día, y el uso de tabaco, que aumenta el riesgo de cáncer de hígado en alrededor de 50%.

También se encontraron diferencias raciales y étnicas significativas en las tasas de muertes por cáncer de hígado, que variaban entre 5,5 cada 100.000 habitantes en los blancos, a casi 12 en los amerindios y nativos de Alaska.

También existen diferencias entre los estados. North Dakota tiene la tasa de muertes por cáncer de hígado más baja del país (3,8 cada 100.000 habitantes), y el Distrito de Columbia tiene la más alta (9,6).

Las diferencias en los factores de riesgo importantes y el acceso a una atención de alta calidad contribuyen a esas disparidades.

La mayoría de los cánceres de hígado son potencialmente prevenibles. Entre las intervenciones para reducir el problema del aumento del cáncer de hígado y reducir las disparidades raciales/étnicas y geográficas se debe incluir la aplicación dirigida al conocimiento existente sobre la prevención, la detección temprana y el tratamiento.

Esto puede lograrse a través de mejoras en la vacunación contra el virus de la hepatitis B, las pruebas y el tratamiento de la hepatitis C, mantener un peso corporal saludable, el acceso a una atención de alta calidad para la diabetes, la prevención del consumo excesivo de alcohol, y el control del tabaco.³

El Herald Honduras: Alerta por el aumento de casos de diarrea y vómito en menores

17 de junio de 2017 – Fuente: El Herald (Honduras)

Las fuertes lluvias que han golpeado a Honduras en los últimos días han afectado la salud de los niños.

Los menores de cinco años que llegan a la emergencia pediátrica del Hospital Escuela Universitario (HEU) presentan síntomas tales como vómitos y diarrea, causados por el consumo de aguas contaminadas, comentó la Dra. Sonia Orellana, de Emergencia Pediátrica. En una jornada de 7:00 a 13:00 horas se atienden de 15 a 20 niños, de los cuales siete llegan con vómitos y diarreas.

“Esto se debe a que los padres no están tomando todas las medidas de higiene que se requieren”, dijo Orellana. Las personas que viven en lugares donde no hay agua potable están utilizando el agua de lluvia para sus necesidades.

“Están utilizando el agua de la lluvia para cocinar, para lavar ropa, para bañarse y hasta para beber”, afirmó la doctora. El uso del agua de lluvia sin tratar puede producir problemas gastrointestinales, como diarrea y vómito.

El incremento de los casos tiene preocupadas a las autoridades de Salud. El tratamiento de estos males se realiza mediante la aplicación de sueros, los cuales dependerán del grado de deshidratación en el que esté el paciente. Normalmente, los sueros son bebibles, pero si la persona tiene un grado de deshidratación muy alto se acude a la aplicación del suero vía intravenosa. No tratarse a tiempo este mal gastrointestinal puede llevar a la muerte, según Orellana.

Áreas rurales

Los casos de diarrea se han incrementado en las últimas semanas en las áreas rurales, según la Secretaría de Salud. El litoral atlántico se ha visto afectado por al menos 500 casos de diarrea. Las autoridades sanitarias de la región declararon una emergencia sanitaria debido al aumento descontrolado del mal gastrointestinal.

Los municipios de La Ceiba, Tela, San Francisco, El Porvenir, Jutiapa y La Masica son los que registran aumentos en los casos de diarrea tanto en niños como en adultos.



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

De igual manera los departamentos de la zona sur del país están registrando casos de diarrea y vómitos, los cuales deben ser tratados con tiempo.

Las autoridades de Salud aconsejan a la población acudir a los centros asistenciales desde los primeros síntomas de diarrea o vómitos acompañados de fiebre. De igual manera mantener agua clorada o hervida para el consumo y lavarse las manos después de ir al baño.



México, Tamaulipas: Aumentan los casos de hepatitis A en Ciudad Victoria

16 de junio de 2017 – Fuente: El Diario de Ciudad Victoria (México)

El brote de hepatitis A en la zona rural del norte de Ciudad Victoria registra un repunte, pese a los esfuerzos oficiales por frenar la incidencia.

Una fuente del Sector Salud en el Gobierno federal detalló que, de los poco más de 70 casos de la enfermedad detectados durante el año en Tamaulipas, poco más de la mitad ha ocurrido en Ciudad Victoria.

Hasta el momento las autoridades no han logrado establecer la fuente de la enfermedad.

“Creemos que el problema está en las escuelas, por lo que estamos centrando los esfuerzos en la higiene en las instituciones. Hemos vigilado la preparación de los alimentos y repartido gel antibacterial”, indicó.

Sin embargo, se realizan investigaciones para obtener mayor precisión sobre el origen del brote.

Algunos ejidos afectados son: Alianza de Caballeros, Estación Caballeros, Otilio Montañó y varios más que son colindantes.

La incidencia de hepatitis A comenzó a aumentar en febrero pasado y, aunque debido a las acciones sanitarias implementadas en la zona fue posible frenar la enfermedad, durante las últimas semanas ha repuntado.

De acuerdo con la fuente, pese a lo preocupante de la situación la Secretaría de Salud del Estado no ha dado la atención necesaria al problema, porque argumenta que no es una epidemia.

“La próxima semana vamos a tener una reunión para hacer una nueva evaluación y acordar acciones a emprender en la zona, pero definitivamente necesitamos darle más atención al problema, porque es muy probable que se sigan incrementando los casos”, detalló.

Consideró que el solo hecho de que más de la mitad de los casos de hepatitis A en el estado ocurran en Ciudad Victoria, es una señal de alerta que debe atenderse.



Nicaragua: El 69% de los infectados por el VIH tienen entre 20 y 39 años de edad

15 de junio de 2017 – Fuente: La Voz del Sandinismo (Nicaragua)

El gobierno de Nicaragua acaba de presentar un informe sobre el panorama del VIH/Sida en el país centroamericano, según el cual las personas entre los 20 y los 39 años son las que más portan el virus.

En el reporte se explica cómo desde el primer caso detectado en 1987 se han diagnosticado 12.157 pacientes con VIH en Nicaragua, de los cuales 65% son hombres y 35% son mujeres.

La mayoría, 69%, está en un rango de edad entre los 20 y los 39 años, y desde 1987 han fallecido 2.429 de los pacientes; es decir, 20% del total.

En la actualidad, en Nicaragua hay registradas 9.728 personas que conviven con el VIH. En el año 2007 se garantizó el tratamiento a 518 personas, y en 2016 a 3.885 personas.

Al realizar un balance sobre la incidencia de esta enfermedad en el país, se recordó que en 2007 se identificaron 672 casos nuevos, con una tasa de incidencia de 12 casos cada 100.000 habitantes. En 2016 se identificaron 1.111 casos nuevos, con una tasa de 18,4 casos.

En el informe, presentado justo cuando se encuentran en el país centroamericano unas delegaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se mostró cómo mientras en 2007 de 47 mujeres embarazadas y con VIH nacieron 45 niños con el virus, en 2016 de 114 embarazadas nacieron solo dos niños portadores del virus.

“Nos encaminamos a erradicar la transmisión del VIH de madre a hijo en el periodo prenatal, garantizando tratamiento a las embarazadas que presenten este virus”, dijo el 14 de junio la vicepresidenta, Rosario María Murillo Zambrana.

“Hay muchos avances en lo que es la cobertura del tratamiento antirretroviral y la parte de prevención de la transmisión de sífilis de madre a hijo y el VIH”, dijo Freddy Pérez, miembro de la OPS en Washington.



Perú: Son 47 los fallecidos por dengue en las zonas afectadas por El Niño Costero

20 de junio de 2017 – Fuente: La República (Perú)

El número de fallecidos a causa del dengue en el norte de Perú llegó el 19 de junio a 47, al reportarse en Piura tres nuevas muertes. Precisamente, esta región encabeza la lista con 37 decesos. Le sigue Lambayeque con cinco, La Libertad con cuatro y Tumbes con uno.

En el caso de los contagios, Piura también es la región más afectada, con 40.051 reportes, de los cuales 8.253 fueron confirmados.



Según la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Piura, en la última semana se reportaron 2.064 casos y se están investigando otros ocho posibles decesos por esta enfermedad.

Los tres últimos fallecidos en Piura fueron personas de la tercera edad. Dos mujeres de 81 y 85 años de edad, y un hombre de 79 años. Según la DIRESA, los decesos ocurrieron entre el 11 y el 14 de junio en el Hospital Nacional 'Dr. José Cayetano Heredia Sánchez'.

El director de la Oficina de Inteligencia Sanitaria de la DIRESA, Edward Pozo Súclupe, indicó que aún se mantiene el brote del dengue en algunos distritos como Piura, Castilla, 26 de Octubre, pese a que los casos han descendido.

El distrito de Piura tiene el mayor número de afectados (14.051). Luego está Castilla (6.175); Sullana (5.310); 26 de Octubre (4.216); Tambogrande (1.389); Talara (1.364) y Catacaos (1.282 casos).

Otra de las enfermedades que preocupa es la fiebre zika. Según Pozo, hay riesgo de que se expanda si es que la población permite que el mosquito siga reproduciéndose en las casas.

A la fecha, en Piura se han confirmado tres casos de fiebre zika y otros 22 casos se encuentran como sospechosos. "Tenemos las condiciones para que se den más casos de fiebre zika si no se adoptan medidas de prevención, como tapar bien los recipientes donde juntamos agua limpia y eliminar aquellos objetos que puedan recibir agua de lluvia y convertirse en criaderos de mosquitos", explicó.

Tumbes, Lambayeque

En Tumbes se confirmó la primera muerte por dengue. Se trata de un hombre de 65 años de edad, de la provincia de Zarumilla, que llegó al Hospital Regional 'Dr. José Alfredo Mendoza Olavarría' de Tumbes con un cuadro febril, dolor de cabeza y pérdida de sangre.

El jefe de la DIRESA, Wilmer Davis Carrillo, explicó que existen 120 casos confirmados de dengue y 700 casos probables a la fecha. También hay 23 casos de fiebre chikungunya y 116 de leptospirosis que ha constatado el sector Salud.

En Lambayeque se ha reportado la muerte de cinco personas, en su mayoría de la tercera edad, y se tienen registrados 2.000 casos de contagios, entre confirmados y probables.

En La Libertad, el dengue ha cobrado la vida de cuatro personas y contagiado a 3.200, según la Gerencia Regional de Salud. En Áncash no se han registrado muertes, pero sí hay 621 casos reportados.

El mundo



Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

19 de junio de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 1 de abril y el 15 de junio de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 49 nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo cuatro casos fatales.

Los casos se registraron en las localidades de Al-Riyadh (45), Al-Hofuf (1), Al-Madinah (1), Hail (1) y Jidda (1). Veintisiete casos son varones. Veinte casos presentan comorbilidades. Veinticinco casos son trabajadores de la salud. La media de edad de los casos es de 44 años (rango: 24 a 84 años).

Dos de los casos estuvieron expuestos a dromedarios (*Camelus dromedarius*) infectados o consumieron su leche sin pasteurizar, la fuente más probable de su infección. Cuarenta y tres casos tuvieron contacto con casos previamente confirmados por laboratorio.

Los casos fallecidos son tres hombres de 24, 32, 46 y 65 años de edad.

Cuarenta y cinco de los 49 casos reportados se asociaron con tres clústeres simultáneos, de los que dos están relacionados. A continuación se detallan las características de los tres clústeres:

- Clúster 1

Identificado en un hospital de la ciudad de Al-Riyadh, Región de Al-Riyadh. Los 32 casos asociados con este clúster hasta el momento, incluyen el primer caso identificado (un hombre de 47 años de edad, informado el 1 de junio), 17 contactos asintomáticos trabajadores de la salud, un contacto del hogar, y 14 pacientes del hospital. Todos los casos asintomáticos se encuentran en aislamiento domiciliario, y los sintomáticos están aislados en un ala del hospital.

- Clúster 2

Identificado en un segundo hospital de la ciudad de Al-Riyadh, Región de Al-Riyadh, y vinculado con el Clúster 1. El primer caso identificado del Clúster 2 visitó la Sala de Emergencias del hospital del Clúster 1. Estaba asintomático, y después de visitar el hospital 1, continuó recibiendo sesiones de diálisis renal en el segundo hospi-

tal. Hasta la fecha, este clúster consiste de seis casos, incluyendo el caso involucrado con el Clúster 1, y contactos secundarios en el hogar y entre los trabajadores sanitarios.

- Clúster 3

Actualmente activo en un tercer hospital en la ciudad de Al-Riyadh, Región de Al-Riyadh. Hasta la fecha involucra a ocho casos, incluyendo el primer caso identificado que informó contacto con dromedarios y siete casos asintomáticos o leves que son trabajadores sanitarios que estuvieron en contacto con este primer caso.

El Centro Nacional de Enlace para el RSI del Reino de Arabia Saudí también notificó a la OMS la muerte de un caso de infección por el MERS-CoV previamente reportado.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 2.029 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 704 muertes relacionadas.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud de Arabia Saudí está evaluando cada caso y sus contactos y aplicando medidas para limitar aún más la transmisión de humano a humano y controlar estos brotes. Estas medidas incluyen:

- Aislamiento adecuado de todos los casos confirmados.
- Búsqueda activa de todos los contactos de los pacientes, trabajadores sanitarios y contactos en la comunidad.
- Identificación de los contactos de alto y bajo riesgo con un seguimiento diario de todos durante el período de incubación de 14 días, y realización de pruebas de laboratorio para los contactos de alto riesgo, independientemente de la presentación de síntomas.
- Actualización periódica del listado de casos y contactos y realización de análisis epidemiológico de los datos para identificar la fuente de la infección, los vínculos entre los pacientes y las razones de la transmisión de persona a persona en los hospitales.
- Búsqueda de casos sospechosos entre los pacientes y trabajadores de la salud sobre la base de la definición de caso de la enfermedad.
- Reforzamiento de la adhesión estricta a la limpieza y desinfección ambiental hospitalaria adecuadas, con especial cuidado en los departamentos donde se han producido los brotes actuales.
- Reforzamiento del triaje visual para enfermedades respiratorias en los servicios de emergencias y consultorios externos y asegurar la disponibilidad 24/7 de una enfermera entrenada para la detección precoz de los pacientes con síntomas respiratorios, y la documentación apropiada en las formas de triaje.⁴
- Entrenamiento extensivo de todos los trabajadores sanitarios sobre la definición de caso para la detección precoz; la implementación de precauciones de aislamiento; las adecuadas selección, colocación y extracción del equipo de protección individual; la higiene de manos y la limpieza y desinfección ambiental.
- Asegurar que todos los trabajadores sanitarios hayan realizado la prueba de ajuste para N95.
- Asegurar la disponibilidad de suministros para la prevención de infecciones, incluyendo desinfectante para manos, equipo de protección individual, desinfectantes⁵ de superficies, filtros HEPA portátiles⁵ y máquinas fumigadoras.
- Aplicación de una política de no permitir que los trabajadores sanitarios viajen sin autorización médica para prevenir la propagación del virus a otros países.

En los casos que informaron contacto con dromedarios, funcionarios del Ministerio de Agricultura están investigando la infección por MERS-CoV en los animales.

Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones graves en humanos, con una elevada mortalidad, y se ha demostrado su capacidad de transmisión de persona a persona. Hasta la fecha, la transmisión observada de persona a persona se ha producido principalmente en centros sanitarios.

Pais/Región	Casos	%	Muertes	%	Tasa let.
Arabia Saudí	1.660	81,81	624	88,64	37,59
Emiratos Árabes Unidos	84	4,14	13	1,85	15,48
Jordania	27	1,33	10	1,42	37,04
Qatar	22	1,08	6	0,85	27,27
Omán	8	0,39	3	0,43	37,50
Irán	6	0,30	1	0,14	16,67
Kuwait	4	0,20	2	0,28	50,00
Túnez	3	0,15	1	0,14	33,33
Bahrein	1	0,05	1	0,14	100,00
Egipto	1	0,05	—	—	—
El Líbano	1	0,05	—	—	—
Yemen	1	0,05	1	0,14	100,00
Mediterráneo Oriental	1.818	89,60	662	94,03	36,41
República de Corea	186	9,17	36	5,11	19,35
Filipinas	3	0,15	—	—	—
Malasia	1	0,05	1	0,14	100,00
Pacífico Occidental	190	9,36	37	5,26	19,47
Gran Bretaña	3	0,15	2	0,28	66,67
Austria	2	0,10	—	—	—
Francia	2	0,10	1	0,14	50,00
Países Bajos	2	0,10	—	—	—
Alemania	1	0,05	—	—	—
Grecia	1	0,05	—	—	—
Italia	1	0,05	—	—	—
Turquía	1	0,05	1	0,14	100,00
Europa	13	0,64	4	0,57	30,77
Estados Unidos	3	0,15	—	—	—
América	3	0,15	—	—	—
Tailandia	3	0,15	—	—	—
Sudeste Asiático	3	0,15	—	—	—
Argelia	2	0,10	1	0,14	50,00
África	2	0,10	1	0,14	50,00
Total mundial	2.029	100,00	704	100,00	34,70

Tabla 2. Casos y muertes notificados a la OMS, y tasa de letalidad, por país y región. Datos al 19 de junio de 2017. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

⁴ 24/7 es un numerónimo o abreviatura que significa "24 horas al día, 7 días a la semana", refiriéndose a que el servicio debe estar disponible durante todo el tiempo sin interrupción.

⁵ HEPA (del inglés, *High Efficiency Particulate Air*) es un tipo de filtro de aire de alta eficiencia. Están compuestos por una malla de fibras dispuestas al azar. Las fibras típicamente están compuestas por fibra de vidrio y con diámetros entre 0,5 y 2,0 µm. Los factores más importantes a tener en cuenta en un filtro HEPA son el diámetro de las fibras, el espesor del filtro y la velocidad de las partículas. El espacio entre las fibras es mucho mayor de 0,3 µm, pero eso no significa que las partículas con un diámetro menor puedan pasar. A diferencia de los filtros de membrana, los filtros HEPA están preparados para retener contaminantes y partículas mucho más pequeñas.

Los filtros HEPA evitan la propagación de bacterias y virus a través del aire y, por tanto, son muy importantes para prevenir infecciones. Los sistemas de filtrado HEPA con fines médicos suelen incorporar luz ultravioleta de alta energía para eliminar cualquier bacteria viva y virus atrapado por el filtro físico. Algunas de las unidades HEPA mejor valoradas tienen una eficiencia del 99,995%, lo que asegura un alto nivel de protección contra enfermedades que se transmiten por el aire.

La notificación de nuevos casos no modifica la evaluación general del riesgo. La OMS prevé que se reporten nuevos casos de infección por MERS-CoV en Medio Oriente, y que continuarán exportándose casos a otros países a través de personas infectadas tras la exposición a animales o productos de origen animal (por ejemplo, tras el contacto con dromedarios) o de origen humano (por ejemplo, en un centro sanitario). La OMS está trabajando estrechamente con el Ministerio de Salud de Arabia Saudí, continúa monitoreando la situación epidemiológica y los cambios virales, y llevando a cabo la evaluación del riesgo con base en la última información disponible. Hasta la fecha, no hay ninguna indicación de que exista transmisión sostenida de humano a humano, o que el patrón epidemiológico o las características virales sean diferentes de los informados previamente.

Advertencia de la OMS

Considerando la situación actual y la información disponible, la OMS alienta a todos sus Estados Miembros a que mantengan la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y examinen detenidamente cualquier patrón inusual.

Las medidas de prevención y control de infecciones son esenciales para evitar la posible propagación del MERS-CoV en los centros sanitarios. No siempre es posible identificar precozmente a los pacientes infectados por el MERS-CoV, dado que los síntomas iniciales son inespecíficos, como ocurre en otras infecciones respiratorias. Por consiguiente, los profesionales sanitarios deben aplicar sistemáticamente las medidas preventivas habituales con todos los pacientes, con independencia de su diagnóstico. Además, se deben adoptar precauciones para evitar la transmisión a través de gotículas al atender a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; cuando se trate de un caso probable o confirmado de infección por el MERS-CoV, se deben añadir precauciones contra el contacto y protección ocular. Las precauciones para prevenir la transmisión por vía aérea deben aplicarse cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles.

Mientras no haya conocimientos más profundos acerca del MERS-CoV, debe considerarse que las personas con diabetes, insuficiencia renal, neumopatías crónicas o inmunodepresión corren gran riesgo de contraer una enfermedad grave en caso de infección por el MERS-CoV. Por consiguiente, dichas personas deben evitar el contacto estrecho con animales, en particular con dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o establos donde se sospeche que el virus puede estar circulando. Se deben adoptar medidas higiénicas generales, tales como lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

También deben adoptarse medidas de higiene alimentaria. Se debe evitar el consumo de leche sin pasteurizar u orina de dromedario, así como de carne que no esté adecuadamente cocida.

La OMS no recomienda cribados especiales en los puntos de ingreso ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento.

DIARIO MEDICO España: El diagnóstico precoz sigue siendo el eje de la lucha contra las ITS

14 de junio de 2017 – Fuente: Diario Médico (España)

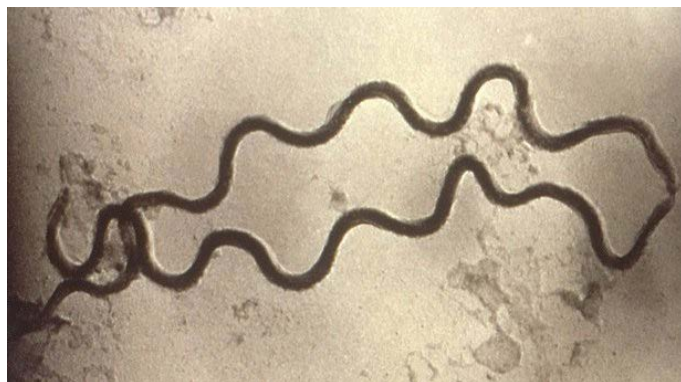
Las enfermedades emergentes suponen un reto para el sistema de salud. Se trata de nuevas situaciones que necesitan de nuevas herramientas y abordajes que hacen necesario un trabajo coordinado y conjunto de todos los actores implicados. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) suponen uno de estos principales retos, con el VIH como cabeza más visible, pero sin olvidarse de la importancia de otras enfermedades como la sífilis, que en los últimos años ha triplicado su incidencia.

En este tipo de enfermedades, el diagnóstico precoz se plantea como una de las principales herramientas para luchar contra ellas, teniendo en cuenta que muchas de ellas, en sus primeras fases, pueden resultar asintomáticas. Para hablar de las diferentes estrategias que se están llevando a cabo en este campo, la Fundación de Investigación en Tuberculosis de Barcelona organizó la VII Jornada de Enfermedades Emergentes, donde las ITS ocuparon una parte importante de la programación.

Impacto clínico

Unas 150.000 personas vivían en España con VIH en 2015, o lo que es lo mismo, cuatro de cada mil adultos. Hasta 25% de las personas que viven con el virus se estima que no están diagnosticadas, con el riesgo que eso supone para la salud global como vectores de infección. Aunque en España la prueba del VIH es accesible, gratuita y confidencial, las cifras hablan de un diagnóstico tardío hasta en 45,5% de los nuevos casos y de hasta 27,1% con enfermedad avanzada, según los datos aportados por Marc Sáez Zafra, del Grupo de Investigación en Estadística, Econometría y Salud de la Universidad de Girona.

“Un diagnóstico precoz no solo reduce la morbimortalidad de los pacientes, sino que también ayuda a reducir el costo del tratamiento. Además, debido a que en los primeros estadios se trata de una enfermedad asintomática, cuando se tarda en llevar a cabo el diagnóstico se incrementa la carga viral y hace que sea más fácilmente transmisible”, explicó Sáez, quien comentó que la tasa de transmisión del VIH es hasta 3,5 veces mayor entre las personas que desconocen su estado serológico que entre las ya diagnosticadas.



En su trabajo, Marc Sáez demostró como un diagnóstico precoz ayudaba a reducir la incidencia del VIH, con el ahorro que esto significaba también para los sistemas de salud. A pesar de no contar con datos referentes a España, Sáez señaló que los existentes en Estados Unidos estimaban que el costo por vida de un paciente con VIH alcanza los 317.000 dólares. Entre los diferentes escenarios que planteó en su trabajo, el más conservador demuestra que con un diagnóstico precoz se llegaba a evitar hasta casi 26% de nuevas infecciones.

Proyectos para el diagnóstico

Teniendo en cuenta la importancia de un diagnóstico precoz, en las jornadas se presentaron proyectos que buscaban mejorar este aspecto. Uno de ellos se denomina *Drassanes Express*, un nuevo circuito rápido para cribado diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS en población asintomática con prácticas sexuales de riesgo.

En un año de funcionamiento ya se ha atendido a 1.763 usuarios, entre los cuales se diagnosticaron un total de 180 nuevos casos de ITS, destacando un alto porcentaje de positivos de sífilis, superior a 19% entre las pruebas realizadas. En lo que se refiere a los datos poblacionales, 72,2% eran hombres, 27,4 mujeres y 0,4 transexuales, mientras que la franja de edad entre los 26 y 35 años suponía casi 40% de los usuarios.

Mateu Espasa Soley, del laboratorio de la Unidad de Drassanes, perteneciente al Servicio de Microbiología del Hospital Universitario 'Vall d'Hebron' de Barcelona valoraba como positivo el hecho de que un alto porcentaje de los usuarios no se había realizado nunca ningún tipo de test. "En el caso de la sífilis, más de 25% no se había hecho antes ningún test. Esto quiere decir que estamos aumentando el número de pruebas que se realizan y esto mejora significativamente el diagnóstico precoz, con todas las ventajas que esto supone".

Redes sociales

Otro proyecto interesante para mejorar el diagnóstico precoz es el llevado a cabo por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), que busca aprovechar la potencialidad de las nuevas aplicaciones de contactos para llevar a cabo campañas de promoción de las pruebas diagnósticas. Manuel Fernández Quevedo, responsable del programa, explicaba esta gran potencialidad. "El uso de las aplicaciones se está demostrando como una herramienta a la hora de facilitar parejas sexuales y eso hay que tenerlo en cuenta. Grindr®, por ejemplo, solo en el área de Barcelona y su entorno metropolitano tiene hasta 130.000 usuarios, mientras que Wapo®, la otra gran aplicación, tiene más de 80.000 perfiles en toda Catalunya".

Primero mediante el envío de mensajes directos en los que se informaba de las actividades llevadas a cabo por la ASPB y luego mediante campañas de promoción en estas redes sociales se ha logrado un método innovador para contactar con población de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, permitiendo resolver dudas sobre salud sexual en este colectivo.



España, Comunidad Valenciana: Brote de tuberculosis en un centro de recepción de menores de Valencia

10 de junio de 2017 – Fuente: El Mundo (España)

Un caso –en principio aislado– de tuberculosis detectado el pasado 30 de mayo ha generado una infección masiva en el Centro de Recepción de Menores de Mont-Olivet. Los técnicos de Salud Pública confirmaron el 7 de junio 18 nuevos casos positivos con el test de Mantoux. De las 18 personas que han presentado indicadores de tuberculosis, tres son menores y 15 trabajadores del centro público que depende de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

Tras el primer caso, y al tratarse de una enfermedad de declaración obligatoria, se activaron los protocolos para evitar que se produjera un contagio masivo entre los jóvenes y trabajadores del centro afectado. Se tomaron muestras de todas las personas que estuvieron en contacto con el contagiado y el resultado del muestreo arrojó que Mont-Olivet se había convertido en un foco.

Representantes sindicales cuestionaron la mala gestión que se ha llevado a cabo por parte de la Conselleria de Igualdad ante la enfermedad infecciosa y se recordó que "el contagio se habría podido evitar". Las mismas fuentes sindicales calificaron la situación como "un ejemplo más de las graves consecuencias de las improvisaciones, la falta de protocolos y la falta de medidas preventivas, como quedo constatado por la Inspección de Trabajo". Además recordaron que toda la plantilla de educadores "se ha expuesto al riesgo de contagio de manera temeraria y gratuita, en una rueda de turnos de permanencia de 24 horas en la habitación del hospital con el menor que inicialmente se contagió".

Falta de control

Esta falta de control ha intensificado la preocupación en el centro, y los educadores se preguntan cómo se va a llevar a cabo el traslado de los menores si perdura el contagio y se debe guardar el periodo de aislamiento, que restringe la movilidad de las personas enfermas para prevenir la transmisión.

Por su parte, la Federación de Empleados de Servicios Públicos de la Unión General de Trabajadores del País Valenciano (UGT-PV) mandó el 9 de junio un escrito a la Dirección General de Trabajo, Bienestar Social, y el Instituto



Aspecto descuidado que presenta una de las habitaciones del centro de menores de Mont-Olivet.

Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo (INVASSAT), por la falta de protocolos de actuación ante las enfermedades infectocontagiosas.

La UGT-PV denunció que en los últimos meses “se han producido de manera reiterada casos e infecciones múltiples de tuberculosis” en centros de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas. Son los casos producidos “en el Centro del Camp Santa Faz de Alicante, el pasado 29 de agosto de 2016, y el recientemente producido en el Centro de Recepción de Menores de Mont-Olivet”.

En un comunicado el sindicato, cuestionó “la falta de actuación inmediata después de detectar la enfermedad”, porque “ha supuesto infecciones múltiples, que en el Camp Santa Faz ascendió a 35 trabajadores afectados y 15 para el caso del Centro de Mont-Olivet –más tres menores–, que ha dado lugar a tratamientos profilácticos para ellos y sus familiares”.

Las palabras de la UGT-PV fueron muy duras contra la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, a quien acusó de mantener “una actitud de absoluto oscurantismo ante estos hechos, que han llegado al hecho de ocultar información a ambos comités de seguridad y salud”.

Para la federación, “ha sido necesaria la actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, que en su escrito de 29 de mayo de 2017 y para el supuesto del centro de Alicante, apercibe a la Dirección Territorial, de la vicepresidencia del Consell, ante la falta de información y la falta de transparencia preventiva que viene obligada a trasladar a los delegados/as de prevención”.

Junto con estas críticas, la UGT-PV exigió de los diferentes departamentos de la Generalitat “la necesaria coordinación en estos casos de enfermedades infectocontagiosas, así como el establecimiento de protocolos de actuación coordinados que eviten el contagio múltiple”.

Las infraestructuras de Mont-Olivet estaban muy deterioradas como describió la propia vicepresidenta del Consell, Mónica Oltra Jarque, al mostrar fotografías del interior del centro. Los menores estaban en una situación tan dramática que lo primero que hizo Oltra fue iniciar su traslado a otros centros.

Tras el informe de la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y las repetidas denuncias de los trabajadores, “se ha decidido trasladar a los jóvenes que vivían en el centro de Mont-Olivet a los centros de la Poble de Vallbona, Burjassot, a dos pisos públicos que se abren en Valencia y al centro de Bunyol, que cuando acabe el actual contrato será revertido a lo público”.



Islas Marshall: Se propaga un brote de parotiditis

19 de junio de 2017 – Fuente: Marianas Variety (Islas Marianas del Norte)

Un brote de parotiditis que se inició en marzo en Majuro podría estar disminuyendo, con base en datos oficiales del Ministerio de Salud, pero las autoridades sanitarias advierten que el número real de casos podría llegar a 3.000, a pesar de que el número de casos confirmados y probables llegó a 1.033 a fines de la semana pasada.

Y con miles de isleños de las islas exteriores, Ebeye y Estados Unidos en Majuro para las conferencias de verano de la iglesia, se incrementan las posibilidades de una mayor propagación.

Es el mayor brote de parotiditis en las Islas Marshall en décadas, que comenzó tras un gran brote a fines del año pasado en el estado de Arkansas (Estados Unidos) en un área donde viven cerca de 15.000 nativos de Islas Marshall⁶. En las últimas semanas, las autoridades de salud del estado de Hawai'i están reportando un aumento en los casos de parotiditis.

El Ministerio de Salud ha intensificado sus labores de educación para la salud en las iglesias en Majuro, y está poniendo en marcha una campaña de inmunización en varias de las islas exteriores después de la aplicación de miles de vacunas a niños en edad escolar en las últimas semanas.

El informe sobre parotiditis del Ministerio de Salud de la semana pasada muestra que el número de casos confirmados y sospechosos cayó por debajo de 40 en las últimas dos semanas, por primera vez desde fines de marzo, cuando las cifras empezaron a subir. Si bien sigue siendo elevado, es un descenso desde el pico semanal de 140 casos alcanzado a fines de abril. Pero las autoridades sanitarias sospechan que el número de casos reales puede ser dos o tres veces el de los casos registrados de parotiditis.

Un informe del ministerio del 10 de junio informaba 1.033 casos probables y confirmados en el país, 844 en Majuro y 193 en Ebeye. Más casos sospechosos se registran en varios atolones exteriores. “Lo más probable es que los reportes de casos han disminuido porque el mensaje del Ministerio de Salud a la población fue quedarse en casa a menos que se presenten complicaciones”, según el informe. “Por lo tanto, la curva descendente puede deberse a la subnotificación en vez de una verdadera disminución de los casos”. El ministerio informó que en Ebeye se continúan registrando al menos 23 casos por semana.

Salud Pública respondió al brote lanzando una campaña de vacunación con triple viral en las escuelas locales que comenzó el 17 de abril y continúa actualmente. La campaña se ha realizado en Majuro y Ebeye, así como en algunas islas exteriores. Una campaña de inmunización masiva se está poniendo en marcha para todas las islas con casos probables de parotiditis, incluyendo Arno, Mejit, Utrik, Ailinglaplap, Namu y Ailuk.

⁶ Ver ‘Estados Unidos, Arkansas: Una epidemia de parotiditis afecta a una comunidad de ciudadanos de las Islas Marshall’ en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 1.856, de fecha 23 de diciembre de 2016, haciendo clic [aquí](#).

“Todas las escuelas de Majuro superan la ‘tasa de ataque’ de cinco casos cada 1.000 estudiantes recomendada como umbral para la implementación de una campaña masiva de vacunación con triple viral”, dijo el informe del ministerio.

Hawai'i actualmente está experimentando un brote de parotiditis. El Departamento de Salud del Estado de Hawai'i confirmó siete casos adicionales la semana pasada entre los residentes de Oahu, con lo que el número total de casos de este año se elevó a 96. El Departamento de Salud dijo que se esperan más casos ya que la enfermedad viral altamente contagiosa sigue circulando en Oahu.



República Democrática del Congo: Circulación de poliovirus tipo 2 derivado de la vacunación

13 de junio de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

En la República Democrática del Congo ha sido confirmada la circulación por separado de dos poliovirus tipo 2 derivados de la vacunación (cVDPV2s). La primera cepa cVDPV2 se ha aislado a partir de dos casos de parálisis flácida aguda (PFA) de dos distritos en la provincia de Haut-Lomami, con inicio de parálisis el 20 de febrero y 8 de marzo de 2017. La segunda cepa cVDPV2 se ha aislado de la provincia de Maniema, de dos casos de PFA (con inicio de parálisis el 18 de abril y 8 de mayo) y un contacto saludable en la comunidad.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y asociados de la Iniciativa Global de Erradicación de la Poliomiélitis (GPEI), ha completado la evaluación de riesgos, incluyendo la evaluación de la inmunidad de la población y el riesgo de una mayor propagación.

Actualmente se están finalizando los planes de respuesta a brotes, que consisten en reforzar la vigilancia, incluyendo la búsqueda activa de casos adicionales de PFA, y actividades suplementarias de inmunización (ASI) con vacuna antipoliomielítica oral monovalente tipo 2 (mOPV2), de acuerdo con los protocolos de respuesta a brotes acordados internacionalmente.

Se están fortaleciendo las actividades de vigilancia e inmunización en los países vecinos.

Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS evalúa el riesgo de propagación de estas cepas como elevado a nivel nacional, y como medio para la propagación internacional.

La detección de cVDPV2s subraya la importancia de mantener una alta cobertura de vacunación de rutina en todas partes, para minimizar el riesgo y las consecuencias de cualquier circulación de poliovirus. Estos eventos también subrayan el riesgo planteado por la transmisión de bajo nivel del virus. Se necesita una robusta respuesta a brotes al comienzo, para detener rápidamente la circulación y garantizar una cobertura de vacunación suficiente en las zonas afectadas para prevenir brotes similares en el futuro. La OMS continuará evaluando la situación epidemiológica y las medidas de respuesta a brotes que se están implementando.

Advertencias de la OMS

Es importante que todos los países, en particular aquellos con viajes frecuentes y contactos con los países y zonas afectados por la poliomiélitis, fortalezcan la vigilancia de los casos de PFA con el fin de detectar rápidamente cualquier nueva importación del virus y para facilitar una respuesta rápida. Los países, territorios y áreas también deben mantener una cobertura de inmunización sistemática uniforme y elevada a nivel de distrito para reducir al mínimo las consecuencias de cualquier nueva introducción del virus.

Viajes Internacionales y Salud de la OMS recomienda que todos los viajeros a zonas afectados por la poliomiélitis estén correctamente vacunados contra la poliomiélitis. Los residentes (y los visitantes durante más de cuatro semanas) de las áreas infectadas deben recibir una dosis adicional de la OPV o de la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) entre cuatro semanas a 12 meses del viaje. De acuerdo con la opinión del Comité de Emergencia convocado por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), los esfuerzos para limitar la propagación internacional del poliovirus sigue siendo una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Los países afectados por la transmisión del poliovirus están sujetos a las Recomendaciones Temporales⁷. Para cumplir con estas Recomendaciones Temporales emitidas bajo la ESPII, cualquier país infectado por el virus de la poliomiélitis debe declarar el brote como una emergencia nacional de salud pública y considerar la vacunación de todos los viajeros internacionales.

⁷ Puede consultar las Recomendaciones Temporales, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Fallecimiento del Dr. Guillermo Lossa

18 de junio de 2017 – Fuente: Sociedad Argentina de Infectología

La Sociedad Argentina de Infectología comunicó con pesar el fallecimiento del Dr. Guillermo Lossa, Doctor en Medicina, Master en Microbiología Clínica y Sanitaria, especialista consultor en Infectología, Director del Instituto Nacional de Epidemiología (INE), creador y Director del Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA), cuyos integrantes tuvieron la oportunidad de compartir con él su extensa labor y legado.

Fue una persona persistente y con férreas creencias acerca de las potencialidades de cada profesional, técnico o persona con ganas de trabajar en Epidemiología y Control de Infecciones desde sus inicios, en un país donde pocos creían.



Publicidad relacionada con la salud

UNPROTECTED SEX LEAVES YOU WITH A DOUBT.

AIDS TASK FORCE

Get rid of the doubt. Take a quick anonymous HIV test at the Israel AIDS Task Force, get an answer in 30 minutes. For more information, go to aidsisrael.org.il

Aids Task Force (Israel)

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.