



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

1.951

11 de agosto de 2017

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.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

Publicación de:
Servicio de Infectología
Hospital Misericordia
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de secreción genital en mujeres

América

- Actualización epidemiológica sobre la situación de la fiebre amarilla en la Región
- Brasil: Confirman que el mosquito *Culex* también puede transmitir el virus Zika
- Chile: El Gobierno confirma que los casos de VIH aumentaron 66% en los últimos seis años
- Estados Unidos: Vinculan un declive en las infecciones de oído de los niños con la vacuna contra el neumococo
- Estados Unidos: Aumentan los casos de ciclosporiasis
- Nicaragua: El UNICEF apoya un plan para la eliminación materno infantil del VIH

- Panamá: Tener en cuenta la cosmovisión de los pueblos indígenas para controlar eficazmente la malaria

El mundo

- Alemania: Caso de melioidosis importado de Camboya
- Cabo Verde: Aumento repentino y sin precedentes en los casos de malaria en 2017
- China: Nuevos casos humanos de influenza aviar A(H7N9)
- Gran Bretaña, Londres: Al menos 30 casos de norovirus entre atletas que participan de los Campeonatos Mundiales de Atletismo
- Sudán del Sur: La temporada de lluvias agrava la epidemia de cólera
- Vietnam, Hà Nội: Fortalecen la lucha contra el dengue

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.circulomedicocba.org/



www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

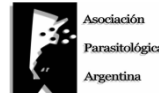
www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/



www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/



Vigilancia de secreción genital en mujeres

 7 de agosto de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios –
 Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 mujeres, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2017, hasta semana epidemiológica 26. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2.

Provincia/Región	2015		2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	151	9,28	183	11,24	177	10,86
Buenos Aires	726	8,54	717	8,35	994	11,45
Córdoba	612	33,51	1.033	55,98	874	46,88
Entre Ríos	966	143,50	1.402	206,28	1.662	242,24
Santa Fe	171	9,80	326	18,54	104	5,87
Centro	2.626	18,27	3.661	25,24	3.811	26,05
Mendoza	—	—	884	91,11	3.325	339,04
San Juan	844	225,91	925	244,91	746	195,40
San Luis	11	4,58	160	65,73	251	101,78
Cuyo	855	54,34	1.969	123,73	4.322	268,59
Corrientes	497	91,60	340	62,07	514	92,97
Chaco	3.031	523,98	2.831	483,99	3.295	557,19
Formosa	187	64,33	183	62,37	426	143,85
Misiones	14	2,35	76	12,61	39	6,39
NEA	3.729	185,81	3.430	169,07	4.274	208,45
Catamarca	7	3,53	5	2,50	2	0,99
Jujuy	143	38,79	12	3,22	12	3,18
La Rioja	—	—	64	34,18	478	251,82
Salta	3.788	562,30	4.314	631,61	4.572	660,40
Santiago del Estero	747	160,35	1.073	227,83	681	143,04
Tucumán	524	64,92	578	70,72	545	65,85
NOA	5.209	193,05	6.046	221,32	6.290	227,47
Chubut	17	6,00	104	36,06	79	26,91
La Pampa	287	166,13	252	144,53	135	76,73
Neuquén	140	44,96	114	36,07	110	34,31
Río Negro	196	55,90	425	119,53	510	141,50
Santa Cruz	10	6,42	124	77,42	123	74,73
Tierra del Fuego	262	351,24	358	467,00	249	316,24
Sur	912	67,64	1.377	100,42	1.206	86,52
Total Argentina	13.331	60,59	16.483	74,16	19.903	88,66



Actualización epidemiológica sobre la situación de la fiebre amarilla en la Región

2 de agosto de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 de 2016 y hasta la SE 30 de 2017, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Suriname han notificado casos sospechosos y confirmados de fiebre amarilla (ver Gráfico 1).

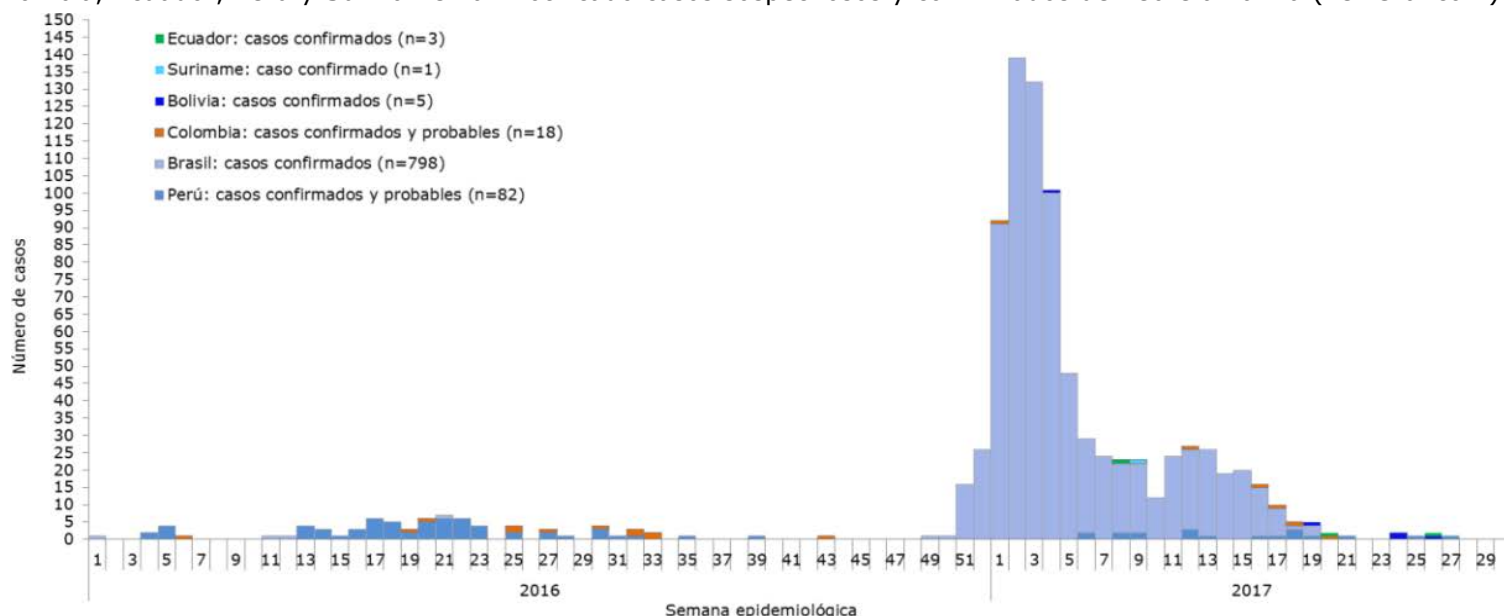


Gráfico 1. Casos confirmados y probables de fiebre amarilla. América. De SE 1 de 2016 a SE 30 de 2017. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Desde el 10 de julio, solo Bolivia notifico nuevos casos y no se registraron cambios en el número de casos notificados por los otros países.

En Bolivia, entre las SE 3 y la SE 30 de 2017, se confirmaron cinco casos de fiebre amarilla¹, incluidas tres defunciones, con una tasa de letalidad de 60%. Ninguno de los casos tiene antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla y todos se infectaron en áreas conocidas de riesgo para transmisión de la enfermedad, en los Departamentos La Paz (4 casos) y Cochabamba (1 caso). El rango de edad de los casos oscila entre 9 y 48 años de edad y la mayoría (80%) son de sexo masculino.

Recomendaciones

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a que continúen con los esfuerzos para inmunizar a la población en riesgo y para que realicen las acciones necesarias para mantener informados y vacunados a los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla.

Vacunación

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura y asequible y proporciona una inmunidad efectiva contra la enfermedad a 80-100% de los vacunados al cabo de 10 días y una inmunidad de 99% al cabo de 30 días. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo.

Dada las limitaciones en la disponibilidad de vacunas y con el fin de hacer un uso racional de la misma, la OPS/OMS reitera sus recomendaciones a las autoridades nacionales:

1. Realizar una evaluación de las coberturas de vacunación contra fiebre amarilla en áreas de riesgo a nivel municipal para garantizar al menos 95% de cobertura en la población residente en estas áreas.
2. Los Estados Miembros que actualmente no estén enfrentando brotes, no deberían realizar jornadas de vacunación indiscriminadas. Se deberá priorizar el uso de vacunas en población susceptible y evitar la revacunación.
3. Asegurar la vacunación de todos los viajeros a áreas endémicas por lo menos 10 días antes de viajar.
4. Se recomienda contar con un pequeño stock de reserva, según disponibilidad de vacunas, que permita responder en caso de brotes.
5. Posponer la vacunación de rutina en niños en áreas no endémicas hasta que se cuente con suficientes vacunas. Una vez se tenga disponibilidad de vacunas, se deberá realizar una jornada de puesta al día para completar esquemas de vacunación.

Precauciones

Se recomienda evaluar individualmente el riesgo epidemiológico de contraer la enfermedad frente al riesgo de aparición de un evento adverso en mayores de 60 años que previamente no han sido vacunados.

- La vacuna se puede ofrecer a individuos con infección por VIH asintomática con recuentos de CD4 + \geq 200 células/mm³ que requieran vacunación.
- Las mujeres embarazadas deben ser vacunadas en situación de emergencia epidemiológica y siguiendo recomendaciones expresas de las autoridades de salud.
- Se recomienda la vacunación a mujeres que amamantan, que viven en zonas endémicas, dado que el riesgo de transmitir el virus de la vacuna al niño, es menor que los beneficios de la lactancia.
- Para las mujeres embarazadas o las mujeres que amamantan, que viajan a zonas con transmisión de fiebre amarilla, se recomienda la vacunación cuando el viaje no se puede posponer o evitar. Deben recibir asesoramiento sobre los beneficios y riesgos potenciales de la vacunación para tomar una decisión informada. Los beneficios de la lactancia materna son superiores a los de otras alternativas nutricionales.

La vacuna contra la fiebre amarilla está contraindicada en:

- Individuos inmunodeprimidos (incluidos aquellos con trastornos del timo, VIH sintomático, neoplasias malignas bajo tratamiento, tratamientos con inmunosupresores o inmunomoduladores, trasplantes recientes, radioterapia actual o reciente).
- Personas con antecedentes de hipersensibilidad al huevo de gallina y sus derivados.²

Brasil: Confirman que el mosquito *Culex* también puede transmitir el virus Zika

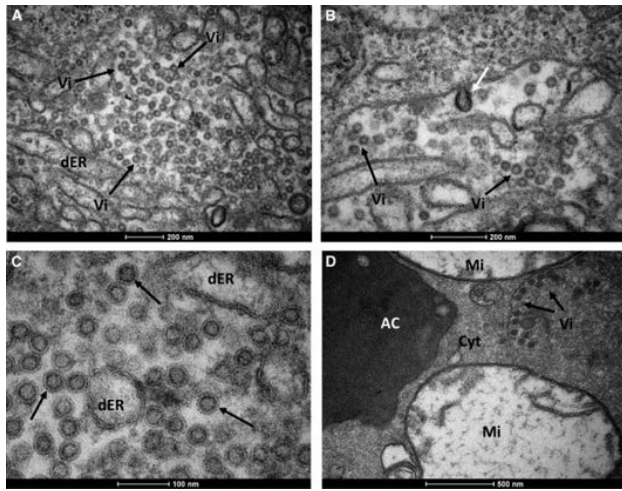
9 de agosto de 2017 – Fuente: *Emerging Microbes & Infections*

Los profesionales de la Fundación del Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ) Pernambuco aislaron y secuenciaron de manera inédita en el mundo, el genoma del virus Zika colectado en el organismo de mosquitos del género *Culex*. También por primera vez, fue fotografiada, por medio de microscopía electrónica, la formación de partículas virales en la glándula salival del insecto.

El equipo del Departamento de Entomología de la institución detectó la presencia del virus en muestras naturales de *Culex* recolectadas en la Región Metropolitana de Recife, y también comprobó en el laboratorio que este virus

¹ Los casos se registraron en las semanas epidemiológicas 3; 19; 21 (dos casos); y 26.

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



logra replicarse en el mosquito y alcanzar la glándula salival. Utilizando placas especiales para la recolección, se comprobó la presencia de partículas del virus en la saliva de los mosquitos, lo que indica la posibilidad de transmisión al picar a una persona. El estudio demuestra, de muchas maneras diferentes, la posibilidad de que *Culex* sea uno de los vectores del virus Zika en la ciudad.

Este artículo demuestra, con datos consistentes, que el virus Zika logra replicarse dentro del organismo de *Culex* y que existen mosquitos de esta especie infectados en el campo. La cepa del virus aislado de dos grupos de *C. quinquefasciatus* es semejante a la que previamente fue secuenciada a partir de muestras humanas. Lo inédito de este estudio reside en el hecho de que el virus se ha obtenido de muestras de mosquitos.

Esta semejanza era esperada, pues se trata de un linaje de virus que estaba circulando en el estado. El hecho de que se hayan encontrado mutaciones en las muestras corrobora la metodología

utilizada en los análisis, demostrando que no hubo contaminación en el laboratorio. Los virus ARN monocatenarios, como el Zika, tienen una altísima tasa de mutación; existen trabajos en la literatura científica que reportan que la simple replicación de ese virus dentro del organismo, humano o del mosquito, genera nuevas mutaciones.

Estos resultados sirven de base para el inicio de nuevos estudios. Por un lado, en la verificación de las mutaciones presentes en los genomas y si éstas influyen en la capacidad de replicación del virus en el organismo del mosquito. Por el otro, ahora que se estableció la competencia de *C. quinquefasciatus* como vector del virus Zika, se estudiará su capacidad vectorial, es decir, se analizará el conjunto de sus características fisiológicas y de comportamiento en el ambiente natural, para entender el papel y la importancia de esta especie en la transmisión del virus Zika.

Detalles de la investigación

El estudio se realizó en la Región Metropolitana de Recife, donde la población de *C. quinquefasciatus* es cerca de veinte veces mayor que la población de *Aedes aegypti*. Los resultados de la investigación de campo muestran la presencia de mosquitos naturalmente infectados por el virus Zika en tres grupos de mosquitos *Culex* (de un total de 270 grupos) y dos grupos de *Aedes* (de un total de 117). En dos de esas muestras los mosquitos no estaban alimentados, lo que demuestra que el virus estaba diseminado en el organismo del insecto y no en una alimentación reciente en un huésped infectado. El virus fue aislado de esas muestras y su genoma fue secuenciado.

En la etapa de laboratorio, con el objetivo de investigar la competencia vectorial de las especies *C. quinquefasciatus* y *Ae. aegypti*, los mosquitos fueron alimentados con una mezcla de sangre y virus, lo que permite el seguimiento de proceso de replicación del patógeno dentro del insecto. Se realizaron dos infecciones de mosquitos, cada infección con dos concentraciones de virus diferentes (104 y 106). La menor simula la condición de viremia de un paciente real. Después los mosquitos fueron recolectados en diferentes momentos: en el momento cero (inmediatamente después de la infección), tres días, siete días y 15 días después de la infección por el virus.

También se mantuvo un grupo control, con mosquitos alimentados con sangre sin el virus. Cada mosquito fue disecado para la extracción del intestino y de la glándula salival, tejidos que representan barreras al desarrollo del virus. Si la especie no es vector, en determinado momento el desarrollo del virus es bloqueado por el organismo del mosquito. En tanto, si es vector, se produce la replicación del virus, se disemina por el cuerpo del insecto y acaba infectando la glándula salival, a partir de la cual podrá ser transmitido a otros huéspedes durante la alimentación sanguínea, mediante la liberación de saliva conteniendo virus. A partir del tercer día después de la alimentación artificial, ya fue posible detectar la presencia del virus en las glándulas salivales de las dos especies de mosquitos investigadas. Después de siete días, se observó el pico de infección en esas glándulas.

Además de la detección del virus en estos tejidos (intestino y glándula salival), se investigaron muestras de saliva producidas por los mosquitos infectados. La carga viral encontrada en ambas especies estudiadas fue similar.³



Chile: El Gobierno confirma que los casos de VIH aumentaron 66% en los últimos seis años

7 de agosto de 2017 – Fuente: EFE

El Gobierno de Chile confirmó hoy que los casos de VIH aumentaron 66% en los últimos seis años en el país, que, según expertos, no ha acogido las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la materia.

La cifra de 2016, cuando se registraron 4.927 casos, representa un alza de 2.000 en seis años, ya que en 2010 se contabilizaron 2.968.

Según el Ministerio de Salud, las cifras –las más altas de Latinoamérica– corresponden al periodo 2010-2016 y fueron entregadas a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Los datos entregados por el Ministerio de Salud provienen de la Sociedad Chilena de Infectología. El reporte se entregó también junto a un cronograma de las medidas que el Gobierno piensa ejecutar en el corto plazo para frenar el aumento de los casos de VIH en Chile, de 17 millones de habitantes.

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

Edgardo Vera, encargado del Programa VIH del Ministerio de Salud, explicó que es necesario modificar y revisar la normativa actual para que se permita que en farmacias se pueda comprar un test rápido de detección de VIH similar al de embarazo para conocer un primer resultado.

“Lo más importante es asegurarse que de ser positivo la persona se atienda prontamente en un centro asistencial”, comentó.

El Ministerio de Salud concluyó que para fines de este año habrá 5.200 casos de VIH, es decir 79% más que los que se registraron en 2010.

El presidente de la Corporación Sida Chile, Carlos Beltrán, llamó a “redefinir” las políticas públicas para prevenir la transmisión del VIH, ante el aumento de los contagios en el país.

“Se requiere urgente una redefinición de la estrategia de prevención, porque lamentablemente las políticas públicas no han asumido esa responsabilidad”, señaló Beltrán.

El especialista, coordinador del Comité de Sida de la Asociación Panamericana de Infectología, agregó que Chile aún no acoge las recomendaciones de la OMS en la materia, lo que a su juicio es “gravísimo”.

De acuerdo con la OMS, Chile debe adoptar una estrategia de prevención combinada, que consiste en educar sobre el correcto uso del preservativo y, además, impulsar la realización de exámenes de detección del virus entre los jóvenes.

PEDIATRICS Estados Unidos: Vinculan un declive en las infecciones de oído de los niños con la vacuna contra el neumococo

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

7 de agosto de 2017 – Fuente: *Pediatrics*

La cantidad de infecciones de oído de los niños estadounidenses disminuyó 66% a lo largo de 10 años, en comparación con la década de 1980, debido en gran medida a las vacunas contra los neumococos que protegen de un tipo de bacteria que las provoca. La magnitud de la reducción en los casos de infecciones de oído es más de lo que se esperaba.

El estudio, que siguió a más de 600 niños de 2006 a 2016, también encontró un cambio en las bacterias que ahora provocan un mayor número de infecciones de oído. Los investigadores advierten que, si no se hace algo, la frecuencia de las infecciones de oído volverá a subir.

Los investigadores también encontraron que esos gérmenes no son eliminados por la amoxicilina, el principal antibiótico recomendado para la afección.

Los niños de Estados Unidos experimentan más de 5 millones de infecciones de oído al año, lo que resulta en más de 10 millones de recetas de antibióticos y unos 30 millones de visitas anuales de atención médica, según la Academia Americana de Pediatría.

La otitis media aguda es la afección más común tratada con antibióticos. *Streptococcus pneumoniae* ha provocado la mayor parte de las infecciones.

En el nuevo estudio, se determinó el tipo de bacterias que provocan cada caso de infección de oído en los participantes mediante la realización de un procedimiento quirúrgico menor en que un médico drena la pus de la parte trasera del oído para aliviar el dolor y eliminar la infección.

Durante el periodo de estudio, 23% de los niños experimentaron al menos una infección de oído, y 3,6% tuvieron al menos tres infecciones de oído antes de cumplir los 12 meses de edad. A los tres años, más o menos 60% de los niños habían tenido una o más infecciones de oído, y alrededor de 24% tuvieron tres o más infecciones de oído.

Pero esas tasas de infección son drásticamente más bajas que hace tres décadas, debido a la vacuna contra *S. pneumoniae*. Esta vacuna se introdujo en 2000 y se mejoró en 2010 con una versión que aumentó su efectividad al proteger contra cepas adicionales de la bacteria. La vacuna se administra de forma rutinaria a los bebés en Estados Unidos como parte de las revisiones a los 2, 4 y 6 meses de edad, y se administra un refuerzo entre los 12 y los 15 meses. Cuando los niños mayores o los adultos reciben la vacuna, solo necesitan una dosis.

Por otra parte, la vacuna ha sido tan efectiva para reducir las infecciones de oído causadas por *S. pneumoniae* que otras bacterias se han convertido en la principal fuente de infecciones de oído en la actualidad. Esas bacterias incluyen a *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*.

La amoxicilina, el antibiótico más recomendado para las infecciones de oído, no elimina esas bacterias. Tras enterarse de esto durante su estudio, los investigadores recetaron amoxicilina/clavulanato en su lugar, o el antibiótico cefdinir si el niño es alérgico al anterior.

Además del uso de las vacunas contra el neumococo, la tasa de infecciones en los niños también se ha reducido porque ahora se usan criterios más estrictos para diagnosticar la afección.

Las tasas de infecciones de oído se han reducido debido a varios factores, de los cuales las vacunaciones efectivas no son el menos importante. El efecto dominó de las vacunas también incluye reducir la incidencia de la meningitis y la sepsis, otras infecciones que provoca *S. pneumoniae*.

Lo que no ha cambiado con los avances en las vacunas son los factores de riesgo que contribuyen a las infecciones de oído. Se detectaron riesgos más altos asociados con las guarderías, los antecedentes familiares de infecciones de oído, ser chico, ser blanco, y contraer la primera infección de oído antes de los 6 meses de edad.⁴

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

Funcionarios de salud están investigando un fuerte aumento en los casos reportados de ciclosporiasis, una infección intestinal causada por el parásito *Cyclospora cayetanensis*.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informaron que desde el 1 de mayo de 2017 se han notificado 206 casos de infecciones a raíz del contacto con este parásito, 88 casos más que los que se produjeron durante el mismo período en el año 2016.

Los funcionarios aún no están seguros de lo que está causando este aumento de casos, y están investigando para identificar la fuente. Hasta ahora, se han reportado casos en 27 estados y no se han registrado muertes, pero debido a la gravedad de algunos casos, 18 personas fueron hospitalizadas.

La ciclosporiasis se produce en muchos países, y es una de las causas de la gastroenteritis, pero es más común en las zonas tropicales y subtropicales.

Los brotes pasados ocurridos en Estados Unidos se han ligado a varios tipos de productos frescos importados, incluyendo albahaca, cilantro, lechuga, frambuesas y guisantes.⁵



Nicaragua: El UNICEF apoya un plan para la eliminación materno infantil del VIH

8 de agosto de 2017 – Fuente: EFE

El representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Managua, Iván Yerovi, dijo hoy que el organismo está apoyando un plan de acción para acelerar la certificación de Nicaragua como país libre de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis.

El plan de acción, que ejecuta el Ministerio de Salud (MINS) de Nicaragua, incluye las recomendaciones que resultaron de una misión conjunta de expertos internacionales que se reunieron en Managua en junio pasado, anotó el representante del UNICEF.

“La revisión de una misión de expertos internacionales denota el compromiso del Gobierno de Nicaragua”, destacó Yerovi, quien reiteró el “firme compromiso del UNICEF en continuar acompañando estrechamente al país para lograr la meta de eliminación y asegurar su sostenibilidad”.

Con la contribución técnica-financiera del UNICEF para este año, se han elaborado las normas nacionales de eliminación y su plan de acción, que se implementa a nivel local en 46 de los 153 municipios de Nicaragua, que son de más difícil acceso geográfico y cuya población es la más vulnerable, especialmente las embarazadas y sus hijos, de acuerdo con la información.

El plan incluye la actualización de la base de datos del nivel nacional y de los 19 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) del país, lo que permite tener “microlocalizada” a cada embarazada con VIH desde su capacitación, su atención prenatal, el parto y el seguimiento de su bebé de acuerdo a las normas establecidas.

“Hemos apoyado con la compra de pruebas de papel filtro (ADN proviral) que facilita la toma de muestras a los niños nacidos de madres con VIH en las comunidades más remotas y de esta manera garantizar acceso universal con equidad y calidad”, señaló, por su lado, la oficial de Salud del UNICEF, María Delia Espinoza.

“En general se encontró la apropiación y compromiso del personal de salud en la implementación de la estrategia de eliminación perinatal del VIH para alcanzar las metas”, destacó.

Aseguró que existe una red comunitaria estructurada y consolidada para apoyar la estrategia de salud, que hay avances en la gestión del sistema de información y análisis de datos, y que se cuenta con un modelo de atención basado en los Derechos Humanos. También que existe una articulación del trabajo comunitario efectivo para el abordaje de las embarazadas y niños con VIH.

El MINS ha contado con el acompañamiento en la respuesta al VIH y al sida de parte del UNICEF desde hace 10 años.

Entre 1987 y el primer semestre de este año se registraron en el país 12.157 casos confirmados de VIH y 2.429 muertes por sida, según datos oficiales.

En 2016 se diagnosticaron 114 embarazadas con VIH, por lo que resultaron afectados dos niños.

La presencia del virus fue detectada por primera vez en Nicaragua en 1987.



⁵ *Cyclospora cayetanensis* es un parásito microscópico que puede afectar el tracto digestivo y provocar diarrea acuosa. Puede afectar a personas de todas las edades. La enfermedad se contrae al consumir alimentos o beber agua contaminados, y es poco probable que ocurra el contagio entre personas.

El síntoma más común es diarrea líquida. Puede durar desde unos pocos días hasta un mes o más. Otros síntomas pueden incluir pérdida del apetito y de peso, dolores musculares, vómitos y fatiga. Los signos pueden desaparecer y luego volver.

Los síntomas aparecen alrededor de una semana después de la ingestión del alimento contaminado con el parásito. Si no se trata con antibióticos, la enfermedad puede durar más, o desaparecer y volver.

Si se quiere controlar eficazmente la malaria en los pueblos indígenas se debe tomar en cuenta su cosmovisión al elaborar estrategias de abordaje y tratamiento.

Esa es la principal recomendación de una investigación de dos años realizada en la Comarca Guna de Madungandi en Panamá, para identificar los componentes sociales, epidemiológicos y entomológicos de la malaria en esa comunidad indígena.

Localizada en el sector oriental de Panamá, cercano a la frontera con Colombia, tiene 4.271 habitantes. En los últimos cinco años, registró un promedio anual de 292 casos de malaria.

La malaria es causada por un parásito que tiene métodos de diagnóstico, tratamiento y control, pero desde la cosmovisión indígena la enfermedad tiene connotaciones espirituales, mágicas, cósmicas, religiosas, relacionadas a mitos y la naturaleza.

Uno de los problemas del Programa de Malaria y, en general, del Ministerio de Salud de Panamá, son los abordajes, porque no cuentan con un método culturalmente adaptado para lograr los resultados esperados.

El control oficial de la malaria colisiona con las prácticas y costumbres de los Gunas. Por ejemplo, ante un brote de la enfermedad, el Absogedis –especie de médico especialista de la comarca– sueña lo que sucederá y convoca a toda la comunidad a fumar una pipa. Durante tres a cinco días, nadie puede entrar ni salir de la comarca y hay que esperar otros cuatro días más para conocer los efectos de la fumada.

Además de tener sus propios médicos tradicionales, los Guna cuentan con siete especialistas en botánica. Para ellos, el control de las enfermedades está dentro de los espíritus protectores y la orientación del Nele (otro médico tradicional).

Cuando no hay coordinación con sus autoridades tradicionales, los indígenas se rehúsan a seguir el tratamiento convencional. A ello se suman las dificultades idiomáticas, que exacerban el rechazo de los nativos.

En Panamá, la malaria está focalizada en áreas rurales e indígenas que ocupan 35% del territorio y representan 12% de la población total del país. Más de 85% de los casos diagnosticados en todo el país, es entre población indígena.

El estudio dio lugar a una guía de abordaje intercultural que puede aplicarse a cualquier población indígena de América Latina y permite detectar otros problemas de salud en una comunidad nativa.

Los especialistas afirman que es imprescindible tener en cuenta el componente mágico-religioso a partir del cual diversos grupos indígenas explican e interpretan una enfermedad, así como los 'itinerarios terapéuticos' desarrollados por esos grupos frente a la malaria, para establecer la dinámica entre el *continuum* salud-enfermedad y sus múltiples abordajes.⁶



El mundo

Cabo Verde: Aumento repentino y sin precedentes en los casos de malaria en 2017

 7 de agosto de 2017 – Fuente: *Outbreak News Today*


Durante los últimos cinco años, Cabo Verde ha reportado un promedio anual de un caso de malaria adquirido localmente.

En el año 2017, entre el 30 de junio y el 30 de julio, se registraron 45 casos autóctonos y uno importado, todos en la ciudad capital de Praia, en la isla de Santiago.

Más de la mitad de los casos se reportan en varones adultos. Se ha confirmado a *Plasmodium falciparum* como el agente causal, utilizando tanto microscopía como pruebas de diagnóstico rápido.

Las investigaciones preliminares han atribuido el reciente aumento de transmisión local a varios factores, incluidas las subóptimas estrategias de control vectorial, posiblemente junto con el uso inapropiado (dilución incorrecta) de un nuevo insecticida introducido en el país en noviembre de 2016; la instalación no autorizada de un arrozal en la zona afectada; y un aumento en los sitios de cría de mosquitos dentro de las zonas de construcción de un centro comercial y casas. Las autoridades locales están en proceso de remover el arrozal y de llevar a cabo nuevas investigaciones.

Cabo Verde es un país de baja transmisión de malaria, elegible para la eliminación de la enfermedad. Con limitada inmunidad subyacente, todas las personas (independientemente de su grupo de edad) están en riesgo de infección y de desarrollar enfermedad grave.



⁶ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

El 1 de agosto de 2017, un varón de 63 años fue trasladado al Departamento de Medicina Tropical del Missionsärztliches Institut Würzburg, Alemania, con una historia de tres semanas de fiebre recurrente de hasta 40°C y fatiga. El paciente era de origen camboyano pero vivió en Alemania durante más de 30 años. Reportó haber vuelto el 23 julio de una visita de cuatro meses a Camboya (provincia de Kampot), donde había visitado a su familia.

Después de su regreso, se le descartó malaria mediante frotis de sangre de gota gruesa y gota en un hospital de atención secundaria en la región de Unterfranken, Bayern, Alemania, donde estuvo internado anteriormente. El día del traslado, un cultivo de sangre dio positivo para *Burkholderia* spp., y mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se confirmó que se trataba de *Burkholderia pseudomallei*. El aislado es susceptible a cefalosporinas, carbapenemes, fluoroquinolonas y tetraciclina. Una tomografía computarizada mostró múltiples abscesos pulmonares bilaterales, y derrame pleural con un absceso fistulando en el mediastino. El paciente no tenía dificultades para respirar, ni abscesos en la piel ni cualquier afectación de otros órganos y se le administraron inmediatamente antibacterianos intravenosos. En la actualidad se encuentra en condición estable y afebril después de dos días de tratamiento. Además de una diabetes recientemente diagnosticada, no presenta otras condiciones subyacentes.⁷

Entre el 11 y el 21 de julio de 2017, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar (CNSPF) de China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) tres nuevos casos confirmados de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Detalles de los casos

En los casos notificados, los síntomas aparecieron entre el 23 de junio y el 12 de julio de 2017. Se trató de dos hombres de 35 y 54 años, y una mujer de 62 años. Los casos se registraron en las provincias de Jiangsu, Xinjiang y Yunnan. El caso de Xinjiang es el primero que se registra desde abril de 2015.

Al momento de la notificación, un caso había fallecido, y los otros dos presentaban neumonía grave. Los tres casos refirieron antecedentes de exposición a aves de corral o a mercados de aves de corral vivas.

El gobierno chino ha evaluado que todavía es probable que ocurran casos esporádicos en China teniendo en cuenta la situación epidémica previa y la evaluación del riesgo.

Desde principios de 2013 hasta la fecha se han notificado, en virtud del Reglamento Sanitario Internacional, 1.557 casos confirmados de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9).

Respuesta de salud pública

Los gobiernos de los niveles nacionales y locales están tomando medidas adicionales, entre ellas:

- Continuar guiando a las provincias para fortalecer la evaluación, y las medidas de prevención y control.

⁷ La melioidosis es una enfermedad típica de las épocas lluviosas en las áreas endémicas. Afecta principalmente a las personas que tienen contacto directo con suelo y agua. Muchas de ellas presentan condiciones predisponente subyacente, como diabetes (el factor de riesgo más común), enfermedad renal, cirrosis, talasemia, dependencia del alcohol, terapias inmunosupresoras, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística, y excesivo consumo de kava (*Piper methysticum*). La kava es miembro de la familia del pimentero, que puede ser asociada con la enfermedad hepática crónica.

La melioidosis puede presentarse a cualquier edad, pero con picos entre los 40 y los 60 años, que afecta a los hombres más que a las mujeres. Además, aunque puede ocurrir una infección fulminante severa en personas sanas, la enfermedad grave y la muerte son mucho menos comunes en quienes no presentan factores de riesgo.

La presentación más comúnmente reconocida de la melioidosis es la neumonía, asociada con fiebre alta, dolores musculares significativos, dolor en el pecho, y –aunque la tos puede no ser productiva– secreciones respiratorias purulentas, significativas en cantidad, y asociadas con sangre de color rojo brillante. La infección pulmonar puede ser rápidamente fatal –con bacteriemia y shock– o un poco más leve.

La septicemia aguda por melioidosis es la complicación más grave de la infección. Se presenta como un síndrome séptico típico con hipotensión, alto gasto cardíaco y resistencia vascular sistémica baja. En muchos casos, puede encontrarse un foco principal en los tejidos blandos o en los pulmones. El síndrome, por lo general en pacientes con factores de riesgo de enfermedades concomitantes, característicamente se asocia con abscesos múltiples que implican tejidos cutáneos, pulmón, hígado y bazo, y una tasa de letalidad muy elevada, de 80-95%. Con una terapia óptima y oportuna, esta tasa se puede disminuir a 40-50%.

El bacilo de la melioidosis es intrínsecamente no sensible a muchos antimicrobianos. *Burkholderia pseudomallei* es normalmente inhibida por tetraciclinas, cloranfenicol, trimetoprim-sulfametoxazol (SXT), penicilinas antipseudomonas, carbapenemes, ceftazidima, y amoxicilina/ácido clavulánico o ampicilina/sulbactam. La ceftriaxona y la cefotaxima tienen buena actividad *in vitro*, pero baja eficacia; y la cefepima no aparenta ser equivalente a la ceftazidima en un modelo de ratón. El inusual perfil de resistencia antimicrobiana a la colistina y la polimixina B y los aminoglucósidos, pero de sensibilidad a la amoxicilina/ácido clavulánico es una herramienta útil para tener en cuenta en el tratamiento de la infección con este organismo.

Se han revisado los ensayos aleatorios y cuasialeatorios que comparan los tratamientos para la melioidosis, y se encontró que la anterior terapia estándar de cloranfenicol, doxiciclina, y la combinación SXT tenía una tasa de mortalidad más alta que la terapia con ceftazidima, imipenem/cilastatina, o amoxicilina/clavulanato (o ampicilina/sulbactam). La terapia con inhibidores de beta-lactama-betalactamasa, sin embargo, parece tener una mayor tasa de fracaso.

Como información adicional, se ha descrito un nuevo miembro –el quinto– del complejo *B. pseudomallei*, *B. humptydoensis*, del Northern Territory de Australia, y que recibe su nombre de la pequeña ciudad de Humpty Doo, cerca de donde se encontró el aislado.

- Continuar fortaleciendo las medidas de control con el foco puesto en el manejo higiénico de los mercados de aves vivas y el transporte transregional.
- Llevar a cabo investigaciones detalladas del origen para informar las medidas de prevención y control eficaces.
- Continuar con la detección y tratamiento tempranos de los casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H7N9) para reducir la mortalidad.
- Continuar con la comunicación de riesgos y la publicidad de la información a fin de proporcionar al público una guía para su autoprotección.
- Fortalecer la vigilancia virológica, para definir el alcance de la contaminación del ambiente y las mutaciones del virus, con el fin de proporcionar orientación adicional para la prevención y control.

Evaluación del riesgo por la OMS

Como se ha observado en años anteriores, el número de casos reportados semanalmente de infección por el virus de la influenza aviar A(H7N9) disminuye durante los meses de verano. Sin embargo, el número de casos humanos de influenza aviar A(H7N9) en esta quinta ola epidémica (con fecha de inicio el 1 de octubre de 2016) es ya mayor que el número total de casos reportados en oleadas anteriores. Esto sugiere que el virus se está propagando y enfatiza la importancia de la vigilancia intensificada y las medidas de control en el ámbito sanitario tanto en el sector humano como animal.

En la mayoría de los casos humanos la exposición al virus de la influenza aviar A(H7N9) se produce por contacto con aves de corral infectadas o entornos contaminados, incluyendo los mercados de aves de corral vivas. Como se sigue detectando el virus en animales y en los ambientes y continúa la venta de aves de corral vivas, son de prever nuevos casos humanos. También se esperan casos humanos esporádicos en otras provincias de China que aún no han notificado casos. Lo mismo puede esperarse en países limítrofes.

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

Para evaluar el riesgo y ajustar oportunamente las medidas destinadas a gestionarlo es fundamental una observación estrecha de la situación epidemiológica y una caracterización de los virus humanos más recientes.

Consejos de la OMS

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

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

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

CNN Gran Bretaña, Londres: Al menos 30 casos de norovirus entre atletas que participan de los Campeonatos Mundiales de Atletismo

8 de agosto de 2017 – Fuente: Cable News Network (Estados Unidos)

Los atletas que se alojan en uno de los hoteles de los Campeonatos Mundiales de Atletismo en Londres han sido afectados por un brote de gastroenteritis, según confirmaron funcionarios.

Aproximadamente 30 personas han enfermado, y las pruebas de laboratorio han confirmado dos casos de norovirus, un desagradable virus que rara vez es grave pero que causa gastroenteritis.

Una de las estrellas afectadas es Isaac Makwala, de Botswana, quien tuvo que retirarse de la prueba de los 200 metros el 7 de agosto después de presentar síntomas de una intoxicación alimentaria.

Makwala, de 30 años, es uno de los favoritos para el oro en la final masculina de los 400 metros del 8 de agosto, un evento muy esperado con el campeón olímpico y récord mundial Wayde van Niekerk.

En un comunicado en su página de Facebook, Makwala dijo: "Según los médicos de la Asociación Internacional de Federaciones de Atletismo (IAAF), al parecer estoy sufriendo de intoxicación alimentaria que ha afectado a varios atletas en el hotel. Esperemos que me permitan correr mi final del 8 de agosto".



El irlandés Thomas Barr se retiró de las semifinales de los 400 metros, mientras que atletas alemanes y canadienses que también se hospedan en el hotel The Tower, cerca de Tower Bridge, también están afectados.

La Dra. Deborah Turbitt, directora adjunta de Salud Pública de Inglaterra (PHE) en Londres, dijo: "Hasta ahora hemos sido informados de que aproximadamente 30 personas reportaron enfermedades y dos de estos casos han sido confirmados como norovirus por prueba de laboratorio".

"Salud Pública de Inglaterra ha estado trabajando estrechamente con British Athletics y el hotel para proporcionar consejos de control de infecciones para limitar la propagación de la enfermedad".

El PHE dijo que la mayoría de las personas se recuperó completamente de la enfermedad (a menudo contagiados por contacto cercano con alguien que portaba el virus o al tocar superficies contaminadas) en uno o dos días sin tratamiento.



Sudán del Sur: La temporada de lluvias agrava la epidemia de cólera

8 de agosto de 2017 – Fuente: EFE

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) alertó hoy de que es necesaria una respuesta rápida para detener la epidemia de cólera en Sudán del Sur, donde las lluvias pueden agravar la situación y propagar el virus en esta estación.

La OIM aseguró en un comunicado que sus equipos de Sanidad y Agua están respondiendo a la epidemia, ofreciendo tratamiento a los casos de cólera y con medidas preventivas en todo el país africano.

El organismo destacó que muchas de las localidades afectadas por la enfermedad contagiosa se sitúan a orillas del río Nilo, por lo que las lluvias de esta temporada están agravando la situación de las comunidades afectadas y amenazan con difundir aún más la bacteria.

"Hemos visto que el brote de cólera se mantuvo incluso durante la estación seca, por lo que prevemos que persista durante la estación de lluvias, que deja hasta 60% del país inaccesible por carretera", explicó Beldina Gikundi, encargada de Emergencias Sanitarias de la OIM en Sudán del Sur.

Asimismo, la responsable destacó el contexto "extremadamente desafiante" del país, debido a la situación humanitaria catastrófica y a los cerca de cuatro millones de desplazados internos.

Esa población es especialmente vulnerable ante el cólera, añadió la OIM, y uno de cada cinco casos de cólera registrados en 2017 son niños desplazados menores de cinco años.

Desde el 18 de junio de 2016, se han dado 18.000 contagios y 328 muertes por la enfermedad, que se transmite principalmente a través del agua contaminada.

En mayo pasado se dio un nuevo brote, que dio comienzo en el estado de Kapoeta, en el sureste de Sudán del Sur, donde la OIM ofrece actualmente asistencia como kits de higiene, tratamiento de aguas y reparación de pozos.



Vietnam, Hà Nội: Fortalecen la lucha contra el dengue

10 de agosto de 2017 – Fuente: Vietnam + (Vietnam)

El Ministerio de Salud de Vietnam instó a las autoridades sanitarias de Hà Nội a clasificar a los pacientes de dengue para aplicar soluciones oportunas y apropiadas, así como intensificar el tratamiento en el hogar.

El subdirector del Departamento de Gestión de Exámenes y Tratamiento Médicos, Nguyễn Trọng Khoa, también pidió el 9 de agosto a los hospitales en Hà Nội publicar sus líneas telefónicas directas, para ofrecer asesoramiento oportuno a los pobladores.

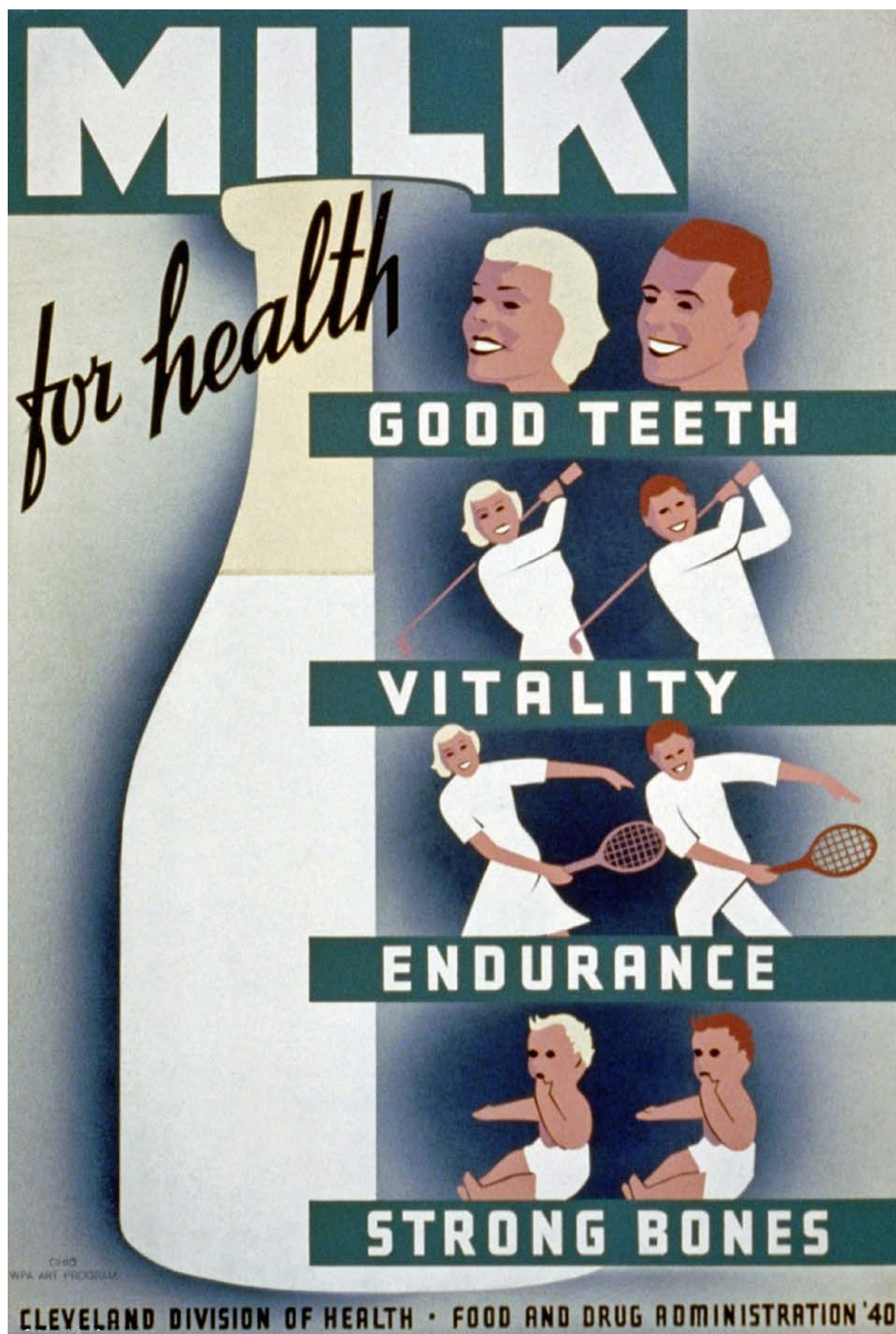
Por su parte, el director del Servicio de Salud de Hà Nội, Nguyễn Khắc Hiền, afirmó que la capital vietnamita fijó como meta reducir el número de casos nuevos y mortales y aliviar la presión sobre los centros médicos.

Informó que el Servicio estableció grupos especializados en la eliminación de mosquitos, y pidió una supervisión más estricta por todos los centros de salud preventiva sobre esas actividades.

Según datos del Centro de Salud Preventiva de Hà Nội, la capital registró hasta el momento más de 13.200 casos, entre ellos cinco mortales.

La situación de la epidemia de dengue se ha complicado en otras localidades. En la provincia norteña de Ninh Bình, se reportaron este mes otros 27 casos sospechosos, aumentando el número total a 92, de ellos 87 fueron trasladados desde otros territorios, principalmente Hà Nội.

Le Hoang Nam, director del Centro de Salud Preventiva de Ninh Bình, aseguró que las autoridades locales intensificaron la eliminación de mosquitos y fortalecieron la supervisión de los centros médicos, con el fin de garantizar el asesoramiento y tratamiento oportuno a los pacientes.



Cleveland Division of Health – Food and Drug Administration (1940. Cleveland, Ohio, Estados Unidos).

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

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

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