



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.

1.957

28 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 sífilis temprana y sin especificar en varones

América

- Actualización epidemiológica de la situación de la fiebre zika en la Región
- Estados Unidos: Tener un hogar, el primer paso para un exitoso tratamiento del VIH
- Estados Unidos, Minnesota: Dan por concluido el brote de sarampión
- Guayana Francesa: Primer caso de fiebre amarilla desde 1998
- Nicaragua: Reportan más de 11.000 casos de conjuntivitis
- Panamá, Los Santos: Nuevos casos de hantaviriosis

- Venezuela: Denuncian censura oficial sobre 447 casos de difteria

El mundo

- España, Aragón: Aumentan los casos de parotiditis y hepatitis
- Estados Unidos, Hawai'i: Siguen en aumento los casos de parotiditis
- Francia, Provence-Alpes-Côte d'Azur: Transmisión autóctona de virus Chikungunya
- Portugal: Confirman 435 casos de hepatitis A en lo que va del año
- República Democrática del Congo: Vacunando contra el sarampión en los lugares más remotos
- Rumania: Se elevan a 33 las muertes por la epidemia de sarampión

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de sífilis temprana y sin especificar en varones

22 de agosto de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios –

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2016/2017, hasta semana epidemiológica 28. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.

Provincia/Región	2016			2017		
	C2	SIVILA		C2	SIVILA	
	Notificados	PNT+	PT+	Notificados	PNT+	PT+
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	675	101	74	716	180	37
Buenos Aires	978	513	319	827	539	277
Córdoba	411	86	30	350	533	501
Entre Ríos	48	30	8	40	62	11
Santa Fe	57	357	302	46	327	310
Centro	2.169	1.087	733	1.979	1.641	1.136
Mendoza	81	80	61	62	42	13
San Juan	37	56	35	28	54	28
San Luis	17	83	41	40	157	97
Cuyo	135	219	137	130	253	138
Corrientes	37	—	—	31	—	—
Chaco	74	116	74	49	142	62
Formosa	10	124	30	10	49	25
Misiones	55	169	80	26	210	109
NEA	176	409	184	116	401	196
Catamarca	39	1	1	63	—	—
Jujuy	139	255	49	77	138	76
La Rioja	5	—	—	2	—	—
Salta	51	128	53	43	270	93
Santiago del Estero	17	100	95	15	64	72
Tucumán	44	429	342	49	413	323
NOA	295	913	540	249	885	564
Chubut	28	56	44	33	5	2
La Pampa	13	37	11	23	106	57
Neuquén	11	24	19	41	62	34
Río Negro	33	65	41	38	54	40
Santa Cruz	9	22	11	9	15	6
Tierra del Fuego	5	—	—	6	—	—
Sur	99	204	126	150	242	139
Total Argentina	2.874	2.832	1.720	2.624	3.422	2.173

Referencias: PNT+: Pruebas no treponémicas positivas - PT+: Pruebas treponémicas positivas

Actualización epidemiológica de la situación de la fiebre zika en la Región

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

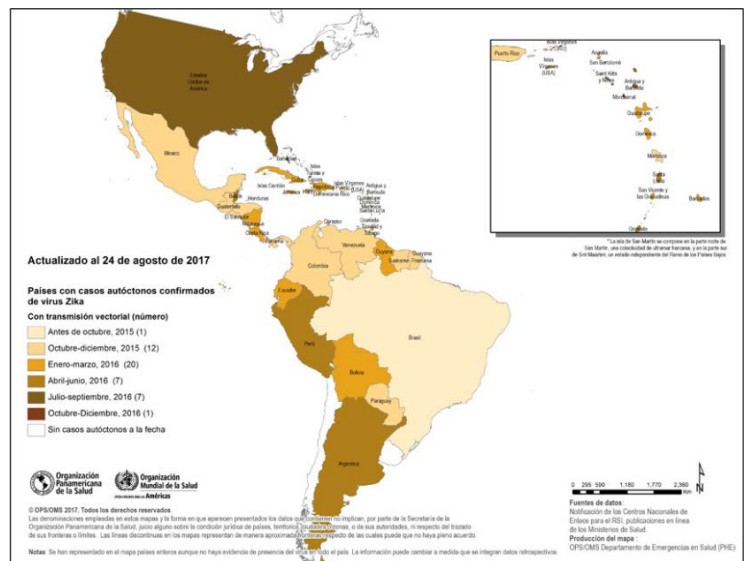
Desde la semana epidemiológica (SE) 44 de 2016 ningún nuevo país o territorio de las Américas confirmó transmisión autóctona vectorial de virus Zika; por lo que se mantiene en 48 el número de países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika y en cinco el número de países que notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente (ver Mapa 1).

A continuación un resumen de la situación epidemiológica de la fiebre zika por sub regiones.

América del Norte

En Estados Unidos, el Departamento de Salud de Florida informó que el estado no tiene actualmente áreas identificadas con transmisión activa de virus Zika y no se notificaron casos de transmisión vectorial local en 2017. En la SE 30 de 2017, el Departamento Estatal de Salud de Texas y el Condado de Hidalgo notificaron un caso probable de transmisión vectorial local durante 2017.

En México se observó un aumento de casos confirmados desde la SE 16 a la SE 27 de 2017 (ver Gráfico 1),



Mapa 1. Países y territorios con casos autóctonos confirmados de fiebre zika por transmisión vectorial. Región de las Américas. Años 2015/2017. Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

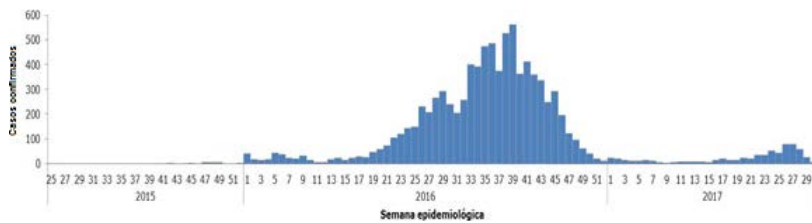


Gráfico 1. Casos confirmados de fiebre zika, por semana epidemiológica. México. Desde SE 25 de 2015 hasta SE 30 de 2017. Fuente: Secretaría de Salud de México.

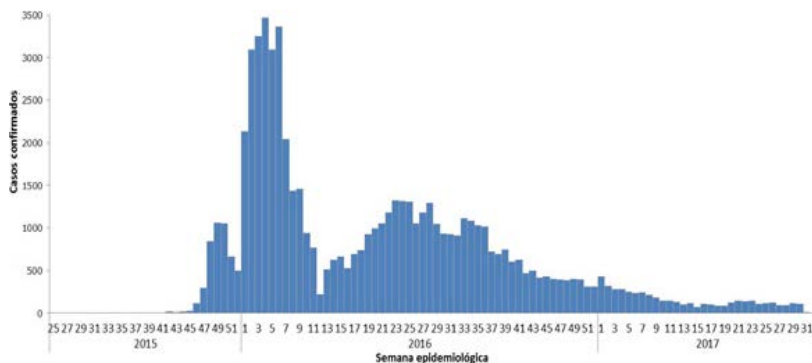


Gráfico 2. Casos confirmados de fiebre zika, por semana epidemiológica. América Central. Desde SE 25 de 2015 hasta SE 31 de 2017. Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

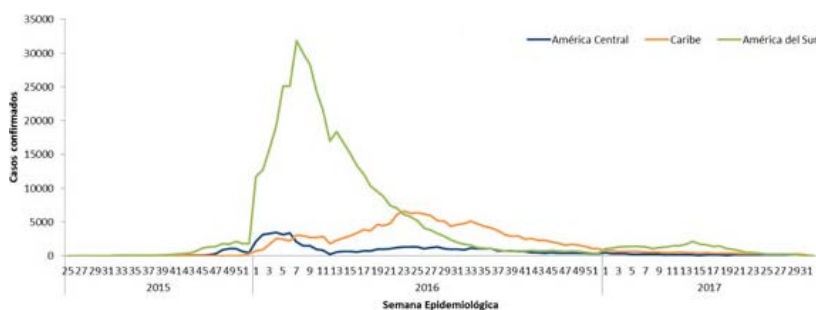


Gráfico 3. Casos sospechosos y confirmados, por semana epidemiológica y subregión. América. Años 2015/2017. Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Síndrome congénito asociado con la infección por el virus Zika

Desde octubre de 2015, 27 países y territorios de las Américas notificaron casos confirmados de síndrome congénito asociados a la infección por el virus Zika. Desde el 26 de julio de 2017, Guyana se ha sumado a la lista de países que confirmaron casos de síndrome congénito asociado a la infección por el virus Zika. En las últimas cuatro semanas (SE 30 a SE 33 de 2017) Brasil, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Martinica, México, Panamá y Puerto Rico actualizaron el número de casos de síndrome congénito asociado con la infección por el virus Zika.

Síndrome de Guillain-Barré y otras manifestaciones neurológicas

Desde el 26 de julio de 2017, ningún país o territorio notificó por primera vez la confirmación de casos de síndrome de Guillain-Barré (SGB) u otros síndromes neurológicos asociados a la infección por el virus Zika.

La tendencia al descenso de los casos de fiebre zika en la región de las Américas se acompaña por una tendencia similar de casos de SGB asociados.¹

KHN Estados Unidos: Tener un hogar, el primer paso para un exitoso tratamiento del VIH

23 de agosto de 2017 – Fuente: Kaiser Health News (Estados Unidos)

KAISER HEALTH NEWS En un impulso bipartidista, el Congreso estadounidense ha reestructurado un programa federal que ofrece asistencia de vivienda a las personas que viven con VIH para canalizar más dinero hacia las áreas que luchan por controlar brotes.

Mientras que los legisladores y defensores de la vivienda dicen que sería mejor que los ajustes se dirigieran a las regiones con altas tasas del virus, probablemente estos cambios significarán menos dinero para algunas de las grandes ciudades que enfrentaron los primeros efectos de la epidemia.

Para ayudar con la transición, este año el Congreso aumentó el financiamiento para el programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA) en cerca de 6%. En el pasado, este dinero estaba distribuido en todo el país basado en el número acumulado de casos por jurisdicción (incluyendo personas que habían muerto).

Ahora, bajo el financiamiento de 2017, finalizado por el Congreso en mayo, HOPWA ha otorgado 320,4 millones de dólares a los estados y jurisdicciones que califiquen para recibir dinero sobre la base de su participación en el

comportamiento similar a lo observado con dengue en el mismo periodo en el país. El 51% de los casos confirmados de fiebre zika en las primeras 32 semanas de 2017 correspondieron a los estados de Nayarit (171 casos), Tamaulipas (146 casos) y San Luis Potosí (123 casos) y en estos estados el número de casos confirmados fue superior a lo notificado en 2015-2016.

América Central

Desde la SE 20 y hasta la SE 30 de 2017 se observó un pequeño aumento de casos sospechosos y confirmados en la subregión a expensas de un ligero aumento registrado en Belice y Costa Rica, con un promedio semanal de 117 casos sospechosos y confirmados entre las SE 21 y SE 30 de 2017 en esta sub región (ver Gráfico 2).

Caribe

En los países/territorios de esta subregión continúan notificándose casos esporádicos con un promedio semanal de 252 casos sospechosos y confirmados entre las SE 21 y SE 30 de 2017. En Puerto Rico la tendencia de casos observada en las últimas 10 semanas es decreciente.

América del Sur

Desde la SE 14 de 2017 se observa una tendencia decreciente de casos sospechosos y confirmados notificados en esta subregión (ver Gráfico 3), con excepción de Ecuador, donde se observó un aumento en el número de casos sospechosos y confirmados entre las SE 4 y 20 de 2017. Entre las SE 21 y 30 de 2017, en promedio se registraron 293 casos sospechosos y confirmados semanales en la subregión.

¹ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).



Shyronn Jones, de 39 años, con sus hijos Shyloh, de 5, y Shymere, de 14, vive en Atlanta. El programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA ayuda a Jones a pagar un apartamento cerca de un parque para que su hija pueda jugar segura.

número total de personas que viven con el virus. El número de casos requeridos para calificar para la financiación también cambió de 1.500 casos acumulados de sida a 2.000 casos vivos de VIH/sida.

Ninguna jurisdicción recibirá menos dinero de HOPWA que en 2016, pero 25 ciudades y condados estarán recibiendo una porción del pastel más pequeña que antes. Los cinco primeros que están viendo disminuir su porcentaje son, en este orden: New York City, Atlanta, Miami, Washington DC y Houston.

El programa, que comenzó en 1992, proporciona asistencia financiera para ayudar a los participantes a pagar los costos de alquiler, hipoteca y servicios públicos.

La vivienda representa uno de los factores más importantes para determinar el éxito de un individuo en el tratamiento del VIH. De acuerdo con el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), que administra el programa HOPWA, la inestabilidad sobre en dónde vivir está vinculada al atraso en pruebas y a brechas en la atención. El

departamento estima que aproximadamente la mitad de las personas que viven con VIH en Estados Unidos experimentarán una crisis de vivienda en su vida.

“Creo que no podemos subestimar el poder que tiene el hogar en mejorar la salud de alguien con una condición crónica”, dijo Russell Bennett, director ejecutivo de la National AIDS Housing Coalition.

Shyronn Jones, de 39 años, ha tenido problemas económicos desde que le diagnosticaron VIH. Una vez fue dueña de casa en New York, pero cuando se mudó a Atlanta hace varios años, la única vivienda que pudo permitirse fue un apartamento en un vecindario peligroso. Tuvo problemas para recibir atención médica, su recuento de glóbulos blancos descendió a niveles peligrosamente bajos, y su salud mental se deterioró.

Pero entonces, una organización comunitaria la conectó con HOPWA, que la ayudó a mudarse a un vecindario mejor con una tienda de comestibles, una oficina de correos y un parque cercanos, en donde su hija puede jugar. “HOPWA me salvó”, dijo Jones.

Con la intención de suavizar el impacto del cambio de fórmula, la ley aumentó los créditos este año para que cada jurisdicción vea al menos un pequeño aumento en la financiación. Con el tiempo, las áreas con tasas más altas de transmisión de VIH, como el sur del país, seguirán viendo aumentos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) calculan que 44% de todas las personas con VIH en el país viven en el sur, aunque solo 37% de la población de Estados Unidos vive en esa región.

La asignación adicional de este año de 20 millones de dólares a nivel nacional se tradujo en aumentos porcentuales de dos dígitos para más de 100 de las 140 jurisdicciones participantes. Ciudades más pequeñas, como Greenville, South Carolina, y Syracuse, New York, vieron su financiación saltar cerca de 14%. Cabe destacar que algunos grandes centros metropolitanos como Portland, Oregon y Chicago también vieron un crecimiento similar en sus donaciones.

Sin embargo, los esfuerzos para canalizar el dinero en los actuales epicentros del VIH sin financiamiento adicional podrían significar recortes para grandes áreas metropolitanas como Atlanta y New York. Para mitigar las pérdidas potenciales, el estatuto del programa estipula que, durante los próximos cinco años, un concesionario no podrá perder más de 5% ni ganar más de 10% de su participación en los fondos de la fórmula HOPWA del año anterior.

“Veremos algunas pérdidas en la financiación para algunas áreas a través de los años”, dijo Rita Flegel, directora de la Oficina de Vivienda para el VIH/Sida. “Y entonces el dinero se distribuirá más uniformemente entre las personas que viven con VIH”.

El representante David Price, quien fue uno de los copatrocinadores del proyecto de ley que reformuló el financiamiento, dijo que la incorporación gradual junto con el aumento en la financiación ayudó a apaciguar los temores de recortes entre legisladores de áreas con un gran número de casos de VIH.

“Personas de todo tipo de convicciones políticas apoyaron esto porque se trataba de una cuestión de justicia”, dijo. Sin embargo, “estaba muy claro que necesitábamos aumentar el tamaño del pastel para hacer esta propuesta menos difícil”.

Una de las ciudades que podría perder es la capital de la nación. Cerca de 13.000 residentes, o casi 2% de la población, viven con VIH en Washington DC, según el departamento de salud de la ciudad.

HOPWA no ha sido capaz de mantenerse al día con la demanda de los residentes de la zona y la ciudad suspendió su lista de espera el año pasado con más de 1.200 personas, según Michael Kharfen, subdirector de la HIV/AIDS, Hepatitis, STD, and TB Administration de la ciudad. Se espera que el área reciba 11,2 millones de dólares, un 1% más que el financiamiento del año pasado.

Pero la capital no es única en su lucha por mantenerse a la altura de la demanda. Según los últimos datos de HUD, 138.427 hogares afectados por el VIH en todo el país estaban necesitados de asistencia para vivienda.

Jones, de Atlanta, ahora vive en un apartamento de tres dormitorios y dos baños en un barrio con el que soñaba mientras crecía en la ciudad de New York.

Su recuento de glóbulos blancos se ha duplicado desde su traslado, dijo, y su estado mental ha mejorado. Jones, que es miembro de la organización de defensa Positive Women’s Network USA y dirige un negocio que asesora a

pacientes con VIH sobre recursos, agradece a HOPWA por la asistencia. Pero dijo que espera ser autosuficiente y ayudar a otros a lidiar con situaciones similares a las que una vez enfrentó.

“Eso es por lo que estoy luchando”, dijo.



Estados Unidos, Minnesota: Dan por concluido el brote de sarampión

25 de agosto de 2017 – Fuente: Minnesota Department of Health (Estados Unidos)

Funcionarios de salud del estado de Minnesota declararon el fin del brote de sarampión que se registró en la primavera y el verano de 2017.

El brote, que enfermó a 79 personas, en su mayoría niños menores de 10 años de edad, comenzó cuando el primer caso fue identificado el 11 de abril. El último caso fue identificado el 13 de julio. Según los estándares de salud pública, se puede considerar finalizado el brote cuando no se identifican nuevos casos durante 42 días. El período de incubación del sarampión es de 21 días. Los funcionarios de salud esperan dos periodos de incubación (42 días) como medida de precaución.

El brote fue el mayor registrado en Minnesota desde 1990, cuando 460 personas enfermaron y tres murieron. En el brote de 2017 hubo:

- Más de 8.000 personas expuestas.
- Más de 500 personas con indicación de permanecer en su hogar y no asistir a la escuela, guarderías o su trabajo porque eran potencialmente infecciosos (no vacunados y expuestos a un caso contagioso).
- 22 personas hospitalizadas.
- 73 casos en menores de 10 años.
- 71 de los casos en no vacunados contra el sarampión.
- 70 casos en el condado de Hennepin, tres en el condado de Ramsey, cuatro en Crow Wing y dos en Le Sueur.

La finalización del brote requirió una gran respuesta de salud pública y de la comunidad, dijeron funcionarios de salud. Implicó importantes recursos de tiempo, energía y experiencia del personal, capacidad de laboratorios y alcanzar a las comunidades afectadas. Se requirió de una significativa colaboración entre las agencias estatales y locales de salud pública, los sistemas de atención médica, las escuelas y los centros de cuidado infantil e incluso los lugares de trabajo, así como de la comunidad somalí.

El Departamento de Salud de Minnesota estimó que el costo de su respuesta al brote fue de más de 900.000 dólares, y el Condado de Hennepin estimó sus costos en aproximadamente 400.000 dólares.

La comunidad somalí de Minneapolis fue especialmente afectada por el brote, representando 81% de los casos (64 de 79), sobre todo en individuos no vacunados. Las tasas de vacunación con triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) al comienzo del brote eran de alrededor de 42% entre los somalíes de 2 años de edad de Minnesota. Eso permitió que el virus se propagara más fácilmente entre los niños de la comunidad.

“Este brote demostró que la prevención de la enfermedad requiere que todos trabajemos juntos”, dijo el comisionado de salud de Minnesota, Dr. Ed Ehlinger. “La salud pública es un esfuerzo colectivo de la comunidad. Es lo que como sociedad hacemos juntos para asegurar las condiciones en las cuales todos puedan conservarse saludables”.

Ehlinger dijo que el Departamento de Salud de Minnesota está comprometido a mantener el impulso logrado al trabajar tan estrechamente con los líderes y asociados de la comunidad somalí durante el brote, para mejorar no sólo las tasas de vacunación, sino otras condiciones que afectan la salud de la comunidad.

El departamento participará activamente en una serie de actividades para ayudar a prevenir futuros brotes, dijo Ehlinger. Estos esfuerzos incluyen:

- Asociarse con las organizaciones médicas profesionales para ayudar a desarrollar estrategias de comunicación efectivas cuando se trabaja con padres renuentes a la vacunación.
- Continuar involucrando a la comunidad a través de un grupo asesor de miembros de la comunidad somalí de Minnesota.
- Ampliar la formación de miembros de la comunidad, como los profesionales somalíes de la salud, intérpretes, *doulas* y líderes religiosos, que tienen un rol influyente dentro de la comunidad, tanto en lo que se refiere a las enfermedades prevenibles por vacunación como al autismo.
- Ampliar los esfuerzos de divulgación para abordar las cuestiones sobre el autismo y vincular a los padres con recursos acerca del trastorno del espectro autista.
- Ampliar los esfuerzos de divulgación y educación sobre las enfermedades inmunoprevenibles, incluyendo la seguridad de la vacuna triple viral.
- Continuar trabajando estrechamente con los centros de cuidado infantil para educar a los directores de centros y los padres.
- Continuar trabajando estrechamente con las escuelas con más altas tasas de objetores de conciencia para la vacuna triple viral.
- Continuar el trabajo a través de los imanes.

“El brote también demostró que funcionaron las intervenciones de salud pública, como la rápida identificación de casos, el monitoreo y seguimiento, la vacunación y la exclusión”, señalaron los funcionarios de salud.

“Setenta y nueve casos son 79 más de lo que debería haber, pero cuando se considera cuántas personas estuvieron expuestas y cuántas eran susceptibles, está claro que las intervenciones ayudaron a evitar que el brote fuera aún peor”, dijo Kris Ehresmann, director de enfermedades infecciosas del Departamento de Salud de Minnesota.

“Exceptuando la vacunación, esos instrumentos de intervención no estaban disponibles para la salud pública durante el brote de 1990”, señaló.

Ehresmann dijo que también estaba claro, en función del curso del brote, que el virus del sarampión es muy eficaz para encontrar las personas no vacunadas, pero también que las altas tasas de vacunación entre la población general protegen a la gran mayoría de las personas de Minnesota.

“Debemos permanecer atentos. Mientras el sarampión exista en otras partes del mundo y haya grupos de personas sin vacunar aquí, otro brote podría ocurrir. El sarampión está a sólo un viaje en avión. Debemos mantener una adecuada infraestructura de salud pública y capacidad de respuesta para asegurar que estamos preparados para la próxima amenaza”, dijo Ehresmann.

FRANCE-ANTILLES

www.franceantilles.fr

MARTINIQUE

Guayana Francesa: Primer caso de fiebre amarilla desde 1998

22 de agosto de 2017 – Fuente: France-Antilles (Martinica)

Por primera vez desde 1998, se confirmó un caso de fiebre amarilla en Guayana Francesa. Se trata de una mujer que visitó la selva en las proximidades de Saint-Élie y Oiapoque, en la zona fronteriza con Brasil.

El Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ de Guayana Francesa confirmó el 21 de agosto de 2017, una infección humana por el virus de la fiebre amarilla. La persona afectada falleció el 9 de agosto. Se cree que se podría haber infectado en el área de Oiapoque, cerca de la frontera con Brasil, según las investigaciones iniciales de la Agencia Regional de Salud (ARS). La paciente había visitado áreas selváticas cercanas a Saint Elie y el valle de Oiapoque.

La Dirección de Control de Mosquitos de Guayana Francesa comenzó sus operaciones alrededor de los sitios visitados por la mujer fallecida: el Centro Hospitalario de Cayenne, el Centro Médico Quirúrgico de Kourou, la selva que rodea Saint-Élie; el puerto de Petit Saut, y el bajo Oiapoque.

La ARS recomienda que las personas no vacunadas que presentan síntomas y que han visitado el área desde el 15 de agosto de 2017, consulten con urgencia a su médico. Las personas no vacunadas pueden inmunizarse en la mayoría de los centros médicos de atención general. La ARS recuerda a todos que la vacunación es la principal medida de prevención contra la fiebre amarilla.

LA JORNADA

Nicaragua: Reportan más de 11.000 casos de conjuntivitis

25 de agosto de 2017 – Fuente: La Jornada (Nicaragua)

Autoridades del Ministerio de Salud (MINSA) de Nicaragua informaron que en 52 municipios del país, los casos relacionados con la conjuntivitis han aumentado.

“Solo esta semana se han notificado 1.613 casos de conjuntivitis y llevamos un acumulado en este año de 11.364; el año pasado solo hubo 2.817”, alarmó la vicepresidenta Rosario María Murillo Zambrana. En el año 2015 hubo 2.206 casos.

Añadió que los expertos del MINSA deberán explicar las razones del por qué ocurre este fenómeno en el país. “Hay que estudiar por qué se han incrementado, que lo está produciendo y que va a recomendar el MINSA sobre lo que son las medidas preventivas, y que otras medidas se van a tomar desde el Ministerio de Salud local o a nivel nacional”, expresó Murillo.

El MINSA reportó que los departamentos más perjudicados en el país son Chinandega, Rivas, Managua, León, Bilwi y la Región Autónoma del Caribe Sur.

La Prensa

Panamá, Los Santos: Nuevos casos de hantaviriosis

25 de agosto de 2017 – Fuente: La Prensa (Panamá)

Dos nuevos casos de síndrome cardiopulmonar por hantavirus fueron reportados el 25 de agosto en Los Santos por autoridades sanitarias de esta provincia.

Carlos Muñoz, coordinador regional de epidemiología de la región de salud, confirmó que se trata de una mujer de 44 años de edad, procedente de Santo Domingo de Las Tablas, y que se encuentra reclusa en la sala de cuidados intensivos del Hospital ‘Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas’.

Muñoz detalló que el segundo paciente es un joven de 23 años de edad de El Cocal de Las Tablas, pero que tiene seis meses de residir en El Cacao de Tonosí. El 24 de agosto fue trasladado de Tonosí hacia el hospital de Las Tablas.

De igual forma, Muñoz indicó que se está por confirmar el caso de una niña con fiebre por hantavirus.

El funcionario precisó que este año totalizan 14 los casos reportados de hantaviriosis en esta provincia: 10 de los casos son considerados de fiebre por hantavirus y el resto de síndrome cardiopulmonar.

Sin clases en una escuela

Padres de familia de la Escuela ‘Rosa María Angulo de Arce’ de Tonosí, paralizaron las clases por el temor a que sus hijos continúen enfermando de hantaviriosis.



Los padres de familia procedieron a limpiar la escuela, ya que se han reportado cuatros casos de estudiantes de este centro con fiebre por hantavirus.

Existe preocupación en los educadores y moradores de la comunidad, por lo que consideran que se debe hacer una limpieza masiva en la escuela y alrededores, incluidas unas instalaciones ubicadas al lado de un supermercado que se encuentran cerradas desde hace años.

Un educador informó que el problema es en el depósito de alimentos y granos de la escuela, además de un cultivo de maíz que estaba con granos muy cerca a la escuela, el que ya fue arado con un equipo pesado, aunque consideró que es necesario hacer una limpieza más profunda.

Los padres de familia también indicaron que en el cielorrasso de la escuela hay guano de murciélagos y ratones.



Venezuela: Denuncian censura oficial sobre 447 casos de difteria

25 de agosto de 2017 – Fuente: EFE

El Observatorio Venezolano de la Salud (OVS) denunció hoy la "censura" del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) de este país sobre los 447 casos sospechosos de difteria (51 de ellos confirmados por laboratorios) registrados en el territorio nacional por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre 2016 y 2017.

"Entre la semana epidemiológica 28 de 2016 y la semana epidemiológica 24 de 2017 se notificaron 447 casos sospechosos de difteria (324 en 2016 y 123 en 2017), de los cuales se han confirmado por laboratorio 51 casos, incluidas siete defunciones", se lee en el comunicado del OVS, que cita datos oficiales recibidos por la OPS.

Según estas cifras, "la tasa de letalidad acumulada entre los casos confirmados es de 13,7%". Las muertes se produjeron en los estados Anzoátegui, Monagas y Bolívar.

El balance de la OPS indica que se le han notificado casos en 17 estados del país, 51 de los cuales fueron confirmados en laboratorios. Casi la mitad de ellos son de personas de entre 5 y 19 años. Un 78% tenía el esquema de vacunas incompletas y un 15% no estaba vacunado.

El Observatorio denunció que "la censura dominante en el MPPS haya impedido saber cómo se ha comportado la epidemia de difteria en Venezuela, donde la enfermedad reapareció en abril de 2016 después de 24 años sin registrarse ningún caso y aún se mantiene activa".

Este organismo recriminó asimismo a la OPS que se haya reservado la publicación de cifras durante meses, un silencio que la organización continental rompió el 22 de agosto.

"La OPS no ha dejado de recibir la información oficial epidemiológica pero sí se ha reservado su publicación, lo cual es totalmente cuestionable al ser la difteria una enfermedad altamente contagiosa, de notificación obligatoria según el Reglamento Sanitario Internacional de la Organización Mundial de la Salud", dice el comunicado.

Según el Observatorio, el silencio de las autoridades pretende ocultar que "hospitales de varias regiones siguen recibiendo pacientes con difteria", sobre todo en la región andina en los últimos tres meses.

Además señala que se han registrado fallecidos, como el más reciente caso de un adolescente de 16 años que murió en el estado Nueva Esparta en agosto.

El mundo



España, Aragón: Aumentan los casos de parotiditis y hepatitis

20 de agosto de 2017 – Fuente: Aragón Digital (España)

En lo que va del año se ha registrado en Aragón un total de 431 casos de parotiditis. Esta cifra supera a la media de los últimos cinco años, que se sitúa en 185.

Durante la última semana, tal y como se publica en el Boletín Epidemiológico Oficial de Aragón, se han detectado tres nuevos casos, uno en la provincia de Zaragoza, otro en la de Huesca y otro en la de Teruel.

También se ha incrementado el número de casos de hepatitis A, B y de otros tipos. En el caso de la hepatitis A, en lo que va de año se han registrado 32 casos, cuando la media de los últimos cinco años es de 15. En cuanto a la hepatitis B, hasta el momento se han contabilizado 100 casos y la media es de 52. Respecto a otros tipos de hepatitis, la media de los últimos cinco años se sitúa en 39, y en lo que va de año se han registrado 63 casos.

Herpes zóster

Además, en el último año también ha aumentado el número de casos de herpes zóster en la Comunidad en un 1,1%. Se trata de una enfermedad causada por el virus de la varicela zóster, el mismo que causa la varicela. Después de tener varicela, el virus permanece en el cuerpo y, aunque durante años puede no causar problemas, cuando se envejece puede reaparecer como herpes zóster.

En 2016 se registraron 6.839 casos de herpes zóster en la historia clínica electrónica de Atención Primaria de Aragón, siendo la incidencia acumulada anual de 529,2 casos por 100.000 habitantes. En este año ha aumentado un 1,1% el número de casos respecto a la media de los cinco años anteriores.

La distribución semanal de los casos es estable a lo largo del año, con un mínimo de 104 casos y un máximo de 174 casos por semana. El 60,7 % de los casos se registran en mujeres y las mayores tasas se detectan en los mayo-

res de 64 años, dos veces más elevadas que la incidencia media global del año. Estas tendencias son similares a las observadas en años anteriores.

En 2016, la provincia de Huesca registró las mayores tasas brutas, con una incidencia acumulada anual de 592 cada 100.000 habitantes (1.250 casos), seguida de Teruel y Zaragoza.



Estados Unidos, Hawai'i: Siguen en aumento los casos de parotiditis

24 de agosto de 2017 – Fuente: Hawai'i State Department of Health (Estados Unidos)

El Departamento de Salud del Estado de Hawai'i continúa investigando un creciente número de casos de infección de parotiditis en todo el estado.

La enfermedad ha sido confirmada en niños y adultos, tanto vacunados como no vacunados. Aproximadamente la mitad de los casos se han producido en adultos mayores de 18 años.

Para el año 2017, hasta el 24 de agosto, el número de casos confirmados de parotiditis era de 284. Los casos se han registrado en las islas de Oahu (254 casos), Kauai (24), Hawai'i (5) y Maui (1).

Para prevenir la propagación de la parotiditis en la comunidad, el Departamento de Salud del Estado de Hawai'i recomienda:

- Asegurarse de que toda la familia esté completamente vacunada con la vacuna triple viral.
 - Todos los niños deben recibir dos dosis de la vacuna triple viral, que protege contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. La primera dosis se administra a los 12-15 meses de edad y la segunda dosis de rutina a los 4-6 años de edad. Sin embargo, debido a la continua circulación de la parotiditis en Hawai'i, los niños entre 1 y 4 años de edad deberían recibir su segunda dosis ahora (un mínimo de 4 semanas después de la primera dosis).
 - Todos los adultos nacidos en o después de 1957, sin evidencia de inmunidad contra la parotiditis, que no pueden verificar la aplicación previa de la vacuna triple viral, deben recibir una dosis.
 - A las personas con una única dosis documentada de vacuna triple viral se les recomienda enfáticamente que consideren la posibilidad de recibir una segunda dosis.

En general, aunque no es lo ideal, las dosis adicionales de vacuna no plantean problemas médicos.

- Los pacientes sospechosos o diagnosticados de parotiditis deben permanecer en sus hogares y evitar salir y exponer a otros durante los nueve días posteriores al inicio de la enfermedad.
- Las personas que han estado expuestas a la parotiditis y no están vacunadas no deben asistir a la escuela, al trabajar o viajar desde el día 12 hasta el día 25 después de la exposición.



Francia, Provence-Alpes-Côte d'Azur: Transmisión autóctona de virus Chikungunya

25 de agosto de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Se confirmó la transmisión local del virus Chikungunya en el sureste de Francia, con cuatro casos diagnosticados en la región de Provence-Alpes-Côte d'Azur hasta el 23 de agosto de 2017. Además, hay un caso probable, y ocho casos sospechosos.

La fecha de inicio de los síntomas del primer caso confirmado fue el 2 de agosto. Los cuatro casos confirmados y el probable tuvieron inicio de síntomas entre el 2 y el 17 de agosto.

Los 13 pacientes (cuatro confirmados, uno probable y ocho sospechosos) tienen entre 3 y 77 años de edad y todos son habitantes del mismo distrito de la comuna de Le Cannet-des-Maures en el departamento de Var, según informó la Autoridad Sanitaria Regional (ARS).

Estos no son los primeros casos reportados de fiebre chikungunya en Francia. Dos casos autóctonos se registraron en la misma área en 2010 y 11 casos en Montpellier en 2014. Sin embargo, la fiebre chikungunya es una enfermedad emergente en el sur de Europa, y no se considera esperable un brote. El vector *Aedes albopictus* se está estableciendo en gran parte de la Cuenca Mediterránea y más allá.

Respuesta de salud pública

Según el plan nacional de respuesta, se están adoptando las siguientes medidas:

- Medidas de control vectorial alrededor del hogar y los lugares de trabajo de los pacientes.
- Análisis de sangre de cualquier caso sospechoso.
- Comunicación de riesgos coordinada por la ARS.

Una investigación entomológica realizada el 10 de agosto confirmó la presencia de *Ae. albopictus* en el área afectada. Además, la toma de muestras de sangre se ha pospuesto en el área afectada.

Evaluación de riesgos de la OMS

Existe un riesgo potencial de propagación internacional. Esto se basa en lo siguiente:

- *Aedes albopictus* se está estableciendo en toda la Cuenca Mediterránea.
- Este vector ha demostrado capacidad para sostener brotes de fiebre chikungunya en el pasado.
- El área afectada actualmente es altamente turística, especialmente en los meses de verano y cerca de la frontera con Italia (con poblaciones establecidas de *Ae. albopictus*).

En 2007 se informó por primera vez la transmisión de fiebre chikungunya en Europa, en un brote en el noreste de Italia. Se registraron 205 casos durante ese brote, lo que confirmó que los brotes causados por el mosquito *Ae. albopictus* son plausibles en Europa.

La infección asintomática con el virus Chikungunya puede pasar desapercibida, lo que incrementa el riesgo de propagación. Además, el exceso de lluvias en las áreas afectadas en los próximos meses, podría desencadenar un mayor aumento en la transmisión, como se observó en 2014.

Advertencias de la OMS

• Prevención de picaduras de mosquitos

Las personas que viven o viajen a esta zona de Francia deben respetar las precauciones básicas para evitar las picaduras de mosquitos durante el día. Estas incluyen el uso de repelentes, de vestimentas de mangas largas y pantalones, y asegurarse de que las habitaciones cuenten con mosquiteros para evitar el ingreso de estos insectos.

Los repelentes se pueden aplicar a la piel expuesta o a la ropa, respetando estrictamente las instrucciones de la etiqueta del producto. Los repelentes deben contener DEET (N,N-Dietil-meta-toluamida), IR3535, o Icaridin. Las personas deben dormir bajo un mosquitero y utilizar el aire acondicionado o mosquiteros en la ventana para evitar las picaduras. Las espirales u otros insecticidas termoevaporables también pueden ayudar a evitar las picaduras.

• Control de vectores

Ae. albopictus se reproduce en una amplia variedad de contenedores con agua, naturales y artificiales; estos últimos incluyen neumáticos descartados, platillos de macetas, barriles de agua de lluvia y cisternas.

La prevención y el control dependen en gran medida de la reducción del número de estos contenedores con agua, que favorecen la reproducción de los mosquitos. Durante los brotes, la fumigación de interiores con insecticidas puede ser útil para eliminar los mosquitos adultos, siempre junto con medidas para eliminar las larvas.

La OMS también alienta el fortalecimiento del monitoreo de mosquitos y la implementación de un control adicional cuando sea necesario a través de las redes de enfermedades arbovirales en Europa. También deben incrementarse la sensibilización sobre la reemergencia de las enfermedades vectoriales entre los médicos, y los esfuerzos de movilización social en las comunidades afectadas.

• Seguridad de la sangre

Los servicios y/o autoridades nacionales de sangre deben monitorear la información epidemiológica y fortalecer la vigilancia para identificar la potencial transmisión del virus Chikungunya a través de la transfusión. Deben tomarse precauciones de seguridad adecuadas en consonancia con las medidas adoptadas para prevenir la transmisión de otras enfermedades transmitidas por mosquitos mediante transfusión, sobre la base de la situación epidemiológica y de la evaluación de riesgos.



Portugal: Confirman 435 casos de hepatitis A en lo que va del año

24 de agosto de 2017 – Fuente: Lusa (Portugal)

Lusa
Agência de Notícias de Portugal, S.A.

Según el balance más reciente de la Dirección General de Salud (DGS) de Portugal, divulgado el 24 de agosto, se ha notificado un total de 454 casos de hepatitis A desde el inicio del año, de los que 435 han sido confirmados.

Según los datos de la DGS, de los 454 casos notificados, la gran mayoría (88%) son hombres, y en más de la mitad (52%) el contagio se produjo por contacto sexual, mientras que 26% adquirió la enfermedad por vía desconocida. La mayoría de los casos notificados (74%) ocurrió en la región de Lisboa e Vale do Tejo.

Hace un mes, Portugal registraba 402 casos confirmados de hepatitis A, de un total de 425 notificados desde el inicio de este año. La DGS, teniendo en cuenta este brote, reforzó la vacunación antes de los grandes Festivales de Verano, y aconseja la adopción de medidas preventivas durante estos eventos y, después, la vigilancia de los síntomas compatibles con los de la hepatitis A.

En mayo, la DGS actualizó la norma sobre la hepatitis A y los viajeros ya no necesitaron someter la solicitud de vacunación a la DGS, bastando sólo con la prescripción del médico. En abril, con el país en pleno brote de hepatitis A, los viajeros con destino a países endémicos para la enfermedad sólo eran elegibles para la vacunación a título excepcional y el médico prescriptor de la vacuna debía contactar previamente a la autoridad sanitaria.

Esta medida se tomó en su momento ante la necesidad de controlar el stock de vacunas, de modo que estuvieran disponibles para los grupos prioritarios, como los contactos íntimos o familiares de un infectado y los hombres que tienen sexo con hombres sin protección.

Por lo que se refiere a estos grupos prioritarios, continúa siendo innecesaria la validación de la vacuna por parte de la DGS, siendo la inmunización gratuita, a cargo del Servicio Nacional de Salud. Según la DGS, desde el 3 de abril se administraron cerca de 3.000 vacunas, de las cuales 80% en la región de Lisboa e Vale do Tejo, la casi totalidad en el contexto de pre-exposición.





25 de agosto de 2017 – Fuente: Planeta Futuro (España)

Más de un millón de niños han sido vacunados contra el sarampión en una campaña de nueve meses realizada por el Ministerio de Salud del país con el apoyo de Médicos Sin Fronteras (MSF). Además, desde noviembre del año pasado, los equipos de MSF han tratado también a más de 41.000 niños afectados por la enfermedad en las provincias de Maniema, Lomami, Tanganyika, Ituri, Kivu Sur y Ecuador.

El sarampión es extremadamente contagioso, se transmite principalmente a través de tos y de estornudos y afecta principalmente a los niños, en especial a los menores de cinco años. Para aquellos que sufren complicaciones y que no reciben tratamiento, puede resultar mortal. Por eso se debe llegar hasta los rincones más aislados.

Para que sea eficaz, es necesario vacunar a 95% de los niños de entre seis meses y 15 años de edad. Y en un país tan grande como República Democrática del Congo, donde las carreteras suelen ser muy malas o incluso inexistentes, y donde los desplazamientos pueden verse afectados por incidentes serios de seguridad, los desafíos logísticos para llegar hasta los niños a vacunar son muchos y variados.

A pesar de las dificultades, los equipos de MSF salen a trabajar cada mañana con la firme determinación de alcanzar las áreas más remotas, pues saben que allí los niños son particularmente vulnerables. Si a la cruel costumbre del sarampión de cebarse con los más pequeños, se le añade la escasez y precariedad de los servicios médicos en esos lugares, resulta fácil entender por qué existe la sensación de estar frente a un cóctel explosivo de grandes proporciones. A ello se añade el problema que suponen las bajas tasas de vacunación en cada aldea que se visita y la enorme falta de recursos de sus habitantes, muchos de ellos desplazados internos. Así que, a menos que se logre llegar hasta ellos, muchos de los niños que contraen el sarampión en estos lugares y que luego sufren complicaciones, corren serio riesgo de quedar sin ser tratados. Y suelen ser siempre ellos los que acaban engrosando las listas de víctimas mortales.

A veces, como ocurrió en Bolomba, un territorio de la provincia de Équateur, donde los caminos son especialmente complicados, y donde no es posible pasar ni siquiera en moto, se debe llegar hasta allí recorriendo el río Ikelemba en piragua. Se tardan dos días enteros en llegar. Las piraguas son cargadas con todos los suministros necesarios para el tratamiento de los pacientes y para vacunar a más de 130.000 niños. Fue un esfuerzo enorme en términos logísticos; una auténtica locura.

Luego, desde el lugar donde los dejaban las piraguas, los equipos de vacunación debieron caminar otros dos días a través de senderos muy angostos llevando los medicamentos y las vacunas cargados sobre las espaldas. Fue complicado, pero valió la pena.



Para llegar a otras aldeas de la misma provincia de Équateur se usaron motos. Si esto ya es de por sí difícil, pues los caminos suelen estar empujados y llenos de obstáculos, las se complican aún más cuando se deben subir estas motos sobre tablones o sobre piraguas para cruzar hasta el otro lado del río. Y luego, cuando los caminos se hacen más y más estrechos, hay que dejar las motos aparcadas y seguir a pie el resto del camino.

Otro de los retos a los que se enfrenta el personal de MSF es el de lograr mantener la cadena de frío y transportar las neveras portátiles en estas circunstancias. Son pesadas, y más aún cuando están tan cargadas. Pero al final, con mucho trabajo y planificación, se hace posible lo que un principio parecía una quimera.

No se puede decir que la tarea es fácil, pero todos los esfuerzos valen la pena, pues llegar hasta estos lugares se traduce inmediatamente en muchas vidas salvadas. En MSF están todos convencidos de que cada gota de sudor habrá sido bien empleada.



Rumania: Se elevan a 33 las muertes por la epidemia de sarampión

25 de agosto de 2017 – Fuente: EFE

Una niña iraquí de diez meses de edad se convirtió en la víctima mortal número 33 de la epidemia de sarampión que afecta a Rumania desde 2016 y que ha llevado al Gobierno a planear una ley que obligue a vacunar a todos los escolares.

La pequeña, que entró en el país el pasado 7 de julio, había sido internada en un hospital donde se le diagnosticó la enfermedad y donde falleció, informó hoy la Sanidad Pública del país, sin aportar más detalles.

Aparte de un joven de 29 años que falleció a fines de julio, el resto de las víctimas mortales de esta epidemia de sarampión han sido menores.

El número de casos confirmados de sarampión en Rumania desde enero de 2016 hasta el pasado 28 de abril es ya de 8.937, la mayoría entre niños no vacunados. En 2015 hubo sólo 15 casos declarados de sarampión.

Los especialistas explican esta explosión de casos con las campañas antivacunas impulsadas, entre otros, por grupos religiosos.

Por ello, el Gobierno pretende aprobar en septiembre una ley que obligue a vacunar contra el sarampión, pese a las protestas de varias asociaciones de padres.

Según el proyecto, las escuelas y las guarderías estarán obligadas a comprobar que los niños que solicitan plaza están vacunados. En caso contrario, los padres tendrán dos meses para presentar los certificados de vacunación o una justificación de una posible contraindicación.

La tasa de vacunación contra el sarampión en Rumania es de 80% de la población, cuando la Organización Mundial de la Salud recomienda 95%.

Además de las campañas antivacunas, la epidemia tiene su origen en la pobreza, la falta de información y recursos de muchas familias, la mala organización que ha provocado que falten vacunas, la escasez de servicios médicos en algunas zonas rurales y el rechazo de muchos padres a vacunar a sus hijos.

Publicidad relacionada con la salud

COMPATIBILICEMOS
LACTANCIA MATERNA Y TRABAJO

Organización Mundial de la Salud Organización Internacional del Trabajo

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS EMPLEADORES?

RESPECTAR LA LEGISLACIÓN NACIONAL SOBRE LA LICENCIA DE MATERNIDAD REMUNERADA

PROPORCIONAR SITIO Y TIEMPO PARA SACARSE LA LECHE

OFRECER A LAS MADRES OPCIONES: CUIDADO INFANTIL EN EL LUGAR DE TRABAJO

HORARIOS DE TRABAJO FLEXIBLES

TELETRABAJO

TRABAJO A TIEMPO PARCIAL

PERMITIR A LAS MADRES LLEVAR A LOS NIÑOS AL TRABAJO

EL APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL LUGAR DE TRABAJO AHORRA DINERO A LA EMPRESA

COMPATIBILICEMOS
LACTANCIA MATERNA Y TRABAJO

Organización Mundial de la Salud Organización Internacional del Trabajo

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO?

PRESTAR APOYO A LA MADRE, QUE NECESITA TIEMPO Y FLEXIBILIDAD PARA AMAMANTAR

ALENTAR A LAS NUEVAS MADRES CON UNA ACTITUD POSITIVA DE ACEPTACION

RECONOCER QUE LOS PRIMEROS MESES DE LA MATERNIDAD SON ESPECIALES

EL APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL LUGAR DE TRABAJO SUPONE UNA DIFERENCIA PARA LOS PADRES Y MADRES TRABAJADORES

Organización Mundial de la Salud – Organización Internacional del Trabajo (2017).

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.