



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.

2.004

22 de diciembre 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 sin especificar en varones
- Lanzan una aplicación digital que permitirá identificar arañas y escorpiones
- Misiones: Se recupera un niño con leishmaniosis

América

- Brasil: Calculan el impacto del dengue en el producto interno bruto del país
- Brasil, São Paulo: Primer caso de fiebre amarilla en Jundiá
- Estados Unidos: La PrEP podría evitar casi un tercio de las infecciones por el VIH en la población con alto riesgo de infección
- Estados Unidos: La Casa Blanca prohíbe a los CDC el uso de siete palabras

El mundo

- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV
- España, Islas Baleares: Un hidromasaje fue el origen de un brote de legionelosis que afectó a 26 personas en Palmanova
- España: *Aedes aegypti* vuelve al país después de 78 años
- Irán, Teherán: Un terremoto y la contaminación desatan la alarma
- Nigeria: Hasta la fecha son 61 los casos confirmados de viruela símica
- República Democrática del Congo: Los sobrevivientes del Ébola siguen produciendo anticuerpos contra el virus 40 años después
- Yemen: El cólera ya causó más de 2.000 muertes

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 secreción genital sin especificar en varones¹

18 de diciembre 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 varones, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2017, hasta semana epidemiológica 44. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2015		2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	182	12,76	291	20,34	281	19,59
Buenos Aires	195	2,39	149	1,81	241	2,89
Córdoba	193	11,08	112	6,36	152	8,53
Entre Ríos	160	24,68	188	28,71	173	26,16
Santa Fe	385	23,30	159	9,54	147	8,74
Centro	1.115	8,18	899	6,53	994	7,15
Mendoza	—	—	345	36,83	247	26,07
San Juan	29	7,94	58	15,68	30	8,02
San Luis	—	—	—	—	—	—
Cuyo	29	1,90	403	26,07	277	17,71
Corrientes	261	49,46	207	38,84	174	32,34
Chaco	555	98,27	656	114,93	895	155,16
Formosa	55	19,06	62	21,29	40	13,62
Misiones	8	1,35	25	4,16	12	1,97
NEA	879	44,50	950	47,59	1.121	55,57
Catamarca	308	155,17	25	12,47	30	14,83
Jujuy	47	13,09	45	12,38	7	1,90
La Rioja	—	—	6	3,23	139	73,85
Salta	122	18,49	17	2,54	12	1,77
Santiago del Estero	18	3,89	36	7,71	10	2,12
Tucumán	373	47,47	44	5,53	8	0,99
NOA	868	32,77	173	6,45	206	7,59
Chubut	13	4,58	15	5,19	58	19,70
La Pampa	14	8,22	53	30,84	43	24,81
Neuquén	68	22,05	117	37,40	188	59,25
Río Negro	35	10,05	35	9,91	43	12,00
Santa Cruz	19	11,54	22	12,99	10	5,75
Tierra del Fuego	113	145,38	150	187,85	194	236,63
Sur	262	19,36	392	28,48	536	38,31
Total Argentina	3.153	14,92	2.817	13,19	3.134	14,51

CONICET Lanza una aplicación digital que permitirá identificar arañas y escorpiones

21 de diciembre de 2017 – Fuente: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Argentina)



Expertos del Laboratorio de Aracnología del Centro de Estudios Parasitológicos y de Vectores, del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – Universidad Nacional de La Plata (CEPAVE, CONICET – UNLP) lanzaron una aplicación digital que permitirá a los usuarios identificar las distintas especies de arañas y escorpiones y diferenciar aquellas de interés sanitario –que suponen algún tipo de riesgo para la salud humana– de las inofensivas. La app se llama *¿Es araña o escorpión?*, y está disponible para su descarga en las distintas tiendas digitales para dispositivos con sistema operativo Android.²

Con la llegada de la época estival se multiplica la cantidad de consultas que llegan al CEPAVE por parte de gente preocupada por la aparición de arañas y escorpiones. “En base a eso, nos propusimos generar una herramienta que le sirva a la comunidad para que, por un lado, cuente con la información suficiente sobre esos animales y pueda diferenciar cuáles son peligrosos y, por otro, para que le sea posible reportar su presencia más prontamente”, comentan.

Hace casi un año, y de la mano de Nicolás Mattone, estudiante de la Facultad de Informática de la UNLP, que estuvo a cargo del desarrollo informático, los profesionales que se desempeñan en el laboratorio comenzaron a idear la app. “Su funcionamiento es muy sencillo. Lo primero que debe responder el usuario es si el animal en cuestión lo picó o no. Si la respuesta es afirmativa, a nosotros nos llega una notificación con carácter de urgente y la primera recomendación es que se acerque al centro de aten-



¹ Por notificación clínica.

² Puede obtenerse la aplicación haciendo clic [aquí](#).

ción más cercano para no demorar la atención”, explica Luis Giambelluca, profesional principal del CONICET en el CEPAVE.

Luego, el procedimiento implica cargar una foto de la araña o escorpión y describir la zona y el lugar de la casa en el que se produjo el hallazgo, tras lo cual el usuario puede comparar el animal encontrado con una serie de imágenes disponibles en la app a fin de identificar de qué especie se trata. “Lo importante es que si ven una araña no se asusten. Le toman la foto, nos la envían mediante la aplicación y, según sea del grupo de animales ponzoñosos o no, accionar como corresponde”, apunta.

En principio la app cubre todo el territorio nacional y las especies comunes de Argentina. No obstante, los expertos del CEPAVE ya están en contacto con el Laboratorio de Aracnología de la Universidad de la República (UdelaR) de Uruguay para darle un alcance binacional: “Los dos países compartimos muchas especies por lo que sería realmente muy interesante poder trabajar de manera coordinada. Lo mismo ocurre con otras regiones de Argentina, como Santiago del Estero y Mendoza, por ejemplo, donde hay especialistas muy destacados que pertenecen al CONICET y a otros organismos educativos y provinciales y que pueden aportar mucho para crear una red que dé sustento a esta aplicación”, subraya Sergio Rodríguez Gil, investigador adjunto del CONICET en el CEPAVE.

Además del servicio inmediato que recibe la comunidad, los datos colectados por la app se configuran como una gran base de información para futuros trabajos científicos: “Lo que envíen los usuarios nos va a permitir mapear las zonas de aparición y conductas estacionales, e incluso nos dará una noción acerca de las reacciones que genera la presencia de estas especies, los preconceptos erróneos o certeros que circulan sobre ellas en la sociedad”, puntualiza.

En esa línea, cita como ejemplo que en el casco urbano de La Plata hay una sola especie de escorpión –*Tityus trivittatus*– que supone un riesgo para la salud humana, y de las arañas sólo 0,08% son, en términos vulgares, venenosas para el ser humano. “Todas tienen veneno, pero en su gran mayoría lo usan para capturar alimentos y a nosotros no nos afecta. Curiosamente las más impresionantes por sus dimensiones no son peligrosas, y la que sí lo es y está presente en nuestra región es *Loxosceles laeta*, o araña de los cuadros, que es de color claro, tiene un tamaño normal, es armónica entre cuerpo y patas. El único detalle distintivo es que tiene seis ojos, pero no se ven a simple vista. Es decir, no es impactante como una viuda negra (*Latrodectus mactans*) pero sí es peligrosa”, destaca.



Misiones: Se recupera un niño con leishmaniosis

19 de diciembre de 2017 – Fuente: Primera Edición (Misiones)

Un niño de diez años que estuvo casi dos meses internado en el Hospital Público Provincial de Pediatría ‘Dr. Fernando Barreyro’ de Posadas a causa de una leishmaniosis visceral, se encuentra actualmente internado en el Hospital de Pediatría SAMIC (Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad) ‘Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan’ de Buenos Aires, adonde llegó tras una derivación efectuada el pasado 7 de diciembre.

La madre del pequeño informó que su hijo se encuentra recuperándose favorablemente en Buenos Aires. “La medicación que le están dando le ayudó a reducir la inflamación del bazo y el hígado” indicó.

El niño, quien vive junto a su familia en el paraje Dos Hermanas, comenzó hace aproximadamente un año con los primeros malestares, fiebre alta y vómitos. Su madre lo llevó al hospital de Bernardo de Irigoyen varias veces, hasta que lo derivaron al Hospital Público de Autogestión Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC) de Eldorado. Allí estuvo internado en dos oportunidades. Primero una semana y después quince días. “Nos mandaban de vuelta a nuestra casa. Mejoraba unos días pero volvía a caer enfermo”, comentó la madre.

Como no sabían bien que tenía, desde Eldorado lo derivaron al Hospital Barreyro. “Los médicos nos dijeron que parecía que tenía un cuadro de leucemia”.

“Llegamos en octubre a Posadas y después de un mes de estar internado me dijeron que lo que tiene es leishmaniosis”, dijo la mamá.

Explicó también que al haber pasado tanto tiempo se complicó el problema de su hijo. “Le perjudicó el hígado y el bazo” y debió estar internado en terapia intermedia. Por ese motivo debió ser derivado en ambulancia al centro de mayor complejidad de Buenos Aires.

América



Brasil: Calculan el impacto del dengue en el producto interno bruto del país

20 de diciembre de 2017 – Fuente: Acta Tropica

La epidemia de dengue en Brasil causó pérdidas en su economía equivalentes a 307 millones de dólares en 2013, correspondientes a 0,02% del producto interno bruto del país.

Al menos 12,9% de la población brasileña (25,8 millones de personas) ha tenido dengue por lo menos una vez en su vida, según un estudio realizado en 2013 por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística.

La epidemia de 2013 redujo la productividad laboral por ausencia de las personas infectadas, causando pérdidas económicas que recién se han podido determinar gracias al cálculo realizado por investigadores brasileños.



Los autores usaron el modelo de Leontief³, que permite estimar el impacto directo e indirecto de cambios en la fuerza de trabajo. Así calcularon el impacto del dengue en 68 sectores de la economía y crearon un ranking de los más afectados. También se pudo analizar los sectores con más pérdidas según el volumen de salarios y de trabajadores.

Los sectores más perjudicados económicamente ese año fueron la educación pública y el comercio mayorista y minorista (excepto el sector automotriz).

Como los reportes de afectados por dengue en Brasil no consignan la ocupación de las personas, el equipo trabajó con estimaciones, presumiendo que los principales sectores tenían igualmente un número mayor de afectados. Los autores advierten que los resultados serían más precisos si los reportes epidemiológicos incluyeran la actividad laboral de los afectados.

El próximo paso será desarrollar una metodología para relacionar los costos de reducir determinados problemas de salud con el consiguiente aumento de la productividad, y ayudar así a la formulación de políticas públicas. Con ello, será posible poner en evidencia que es más barato atacar ciertas enfermedades que dejar que ocurran.

La idea es ofrecer un cuadro de las enfermedades y problemas de salud del país, con sus relaciones entre los costos para combatirlas y las posibles ganancias en productividad. Así se tendría una jerarquía, o prioridades, desde el punto de vista económico, para que el gestor público pueda escoger qué enfermedades tratar primero, suponiendo que no se puedan combatir todos los problemas.

Si bien el análisis sobre el costo del dengue es importante, se hacen algunas objeciones a este enfoque, que tiene una perspectiva de política social costo-efectiva.

El uso que se puede hacer de un análisis de sólo la dimensión económica, podría no ayudar en un contexto de reducción de derechos de bienestar social y de políticas protectoras, como el que se da en Brasil y otros países.

Las políticas formuladas solamente a partir del sesgo económico no van necesariamente al encuentro de políticas que defiendan el derecho más amplio a la salud, o el derecho a la reducción de las inequidades sociales.

La salud pública debe ser pensada como un sistema complejo y sistémico. Por ejemplo, combatir el dengue no depende solamente del control del mosquito, sino también de enfrentar las desigualdades sociales, económicas y ambientales. Para reducir la población del mosquito *Aedes aegypti* –transmisor del dengue, la fiebre amarilla, la fiebre zika y otras enfermedades– es preciso pensar en la organización de las ciudades, en la reducción de la pobreza y en el saneamiento.⁴



Brasil, São Paulo: Primer caso de fiebre amarilla en Jundiaí

18 de diciembre de 2017 – Fuente: G1 (Brasil)

El 18 de diciembre, el Instituto 'Adolpho Lutz' confirmó el primer caso de fiebre amarilla en humanos en Jundiaí. El paciente es un hombre de 55 años, morador del barrio Igoturucaia, que, según la prefectura, fue el único de la familia que no se vacunó contra la enfermedad.

Está internado desde el 29 de noviembre en un hospital privado de la ciudad, donde permanece en tratamiento. Su cuadro de salud es estable pero necesita cuidados, afirmó la prefectura.

De acuerdo con el gestor interino de la Unidad de Gestión de Promoción de la Salud (UGPS), Tiago Texera, fue el propio afectado quien decidió no vacunarse.

El mono muerto por fiebre amarilla detectado más cerca de la residencia del caso fue localizado a tres kilómetros del lugar, en la frontera con la ciudad de Jarinu (São Paulo).

Región en alerta

El primer caso positivo para la enfermedad en humanos en la región se registró en Itatiba (São Paulo), donde un anciano de 76 años de edad murió en octubre.

Al mes siguiente, la prefectura confirmó que otro residente, de 68 años, había contraído la enfermedad, pero seguía hospitalizado en el Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.



³ El Modelo de Leontief es un modelo económico desarrollado por Wassily Leontief (1905-1999) por el que obtuvo un Premio Nobel en el año 1973. El propósito fundamental del modelo es analizar la interdependencia de industrias en una economía. En la actualidad es uno de los modelos económicos más empleados.

El modelo se elabora a partir de datos económicos observados en una región, que puede ir desde una nación a una región dentro de la misma. Conciérne por regla general a la producción industrial agrupada en sectores. La actividad económica en la región se divide en un número de segmentos o de sectores productivos. Pueden ser industrias en sentido más general (automóviles) o más específico como (industria de neumáticos). Cada sector agrupa actividades que tienen diferentes ritmos de consumo y producción de bienes. Parte de la producción de un sector (*output*) puede ir al consumo (*input*) de otro sector distinto dentro de la región bajo estudio. Esta información se recolecta en forma de una tabla denominada: Tabla Input-Output o Tabla IO. Las tablas con sus interdependencias se suelen elaborar con datos procedentes de intervalos anuales. Los intercambios de bienes suelen ser indicados como ventas, compras o bienes físicos. Pero es habitual que las unidades de medida empleados en el modelo se realicen en términos monetarios.

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

Refuerzo de la vacunación

De los 409.000 habitantes estimados en Jundiaí, 92% ya están inmunizados contra la fiebre amarilla. Se aplicaron 279.069 dosis de vacuna este año, sumadas a las 100.000 que fueron aplicadas en años anteriores.

Jundiaí también registró 72 monos muertos por la enfermedad. En total, se localizaron 201 animales muertos. De estos, 53 fueron negativos, 15 aguardan los resultados y 61 fueron clasificados como inadecuados para el análisis.

Las 36 Unidades Básicas de Salud de la ciudad ofrecen al menos 100 dosis de la vacuna al día, durante el horario de normal de atención.



Estados Unidos: La PrEP podría evitar casi un tercio de las infecciones por el VIH en la población con alto riesgo de infección

20 de diciembre de 2017 – Fuente: *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*

Un estudio estadounidense concluyó que el uso de la profilaxis preexposición al VIH (PrEP) entre hombres que practican sexo con hombres (HSH) en alto riesgo de adquirir el VIH podría reducir notablemente la incidencia de la infección. Concretamente, si 25% de los HSH en situación de alto riesgo tomaran PrEP se podrían reducir 31% las nuevas infecciones. Ello supondría conseguir los objetivos de reducción de nuevas infecciones previstos para el año 2020, que es reducir las nuevas infecciones en 25%.

Para estimar la potencial eficacia de la PrEP a nivel poblacional en Estados Unidos, un equipo de investigadores de la Universidad de Drexel (Philadelphia, Estados Unidos) desarrolló un modelo matemático basado en una población de 10.000 HSH en alto riesgo de adquirir el VIH.

Los investigadores no solo tuvieron en cuenta el potencial papel de la PrEP sino que contextualizaron su uso en el marco de un entorno más real, en el que coexistiría dicha herramientas con otras tales como el uso de preservativos, conductas seroadaptativas (limitar las prácticas sexuales a únicamente aquellas con menor riesgo si un miembro de la pareja tiene VIH o si no se conocen con certeza los estados serológicos) o el tratamiento como prevención (la estrategia referida en el campaña Indetectable es igual a Intransmisible, I=I).

Los datos clínicos utilizados trataron de reproducir una población de 10.000 HSH de estrato urbano y no monógamos que –sobre la base de la definición utilizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC)– serían considerados personas en situación de alto riesgo de infectarse por el VIH. Todos los datos utilizados en el estudio provinieron de un estudio previo llevado a cabo por los CDC en 21 ciudades estadounidenses.

En el modelo se asignó el estatus de VIH a 19% de la cohorte y a 44% de estas personas se le asignó el hecho de no saber que estaban infectados. El estudio consideró que 36% de los hombres sin el VIH no se habían realizado pruebas del VIH en el último año. El período de medición del estudio fue de un año.

A partir de todos los datos incluidos en el modelo, los investigadores calcularon que cuando la PrEP era el único método preventivo utilizado por 1% de los integrantes de la población estudiada, se llegarían a prevenir 1,6% de las infecciones. Si el uso de la PrEP fuera de 25%, se calculó que se llegarían a prevenir 30,7% de las nuevas infecciones.

En cuanto al resto de las estrategias preventivas usadas individualmente, el uso del condón llegaría a prevenir 48,8% de las nuevas infecciones, las conductas seroadaptativas lograrían prevenir 37,7% de las nuevas infecciones y el tratamiento como prevención lograría una eficacia preventiva de 27,1%.

Al combinar las estrategias en ausencia de PrEP se estimó una eficacia preventiva de 72,2%. La PrEP aportaría una reducción adicional de 5% si e 25% de las personas sin el VIH la utilizara.

Según los investigadores, la PrEP sería una herramienta preventiva importante junto a las otras referidas, ya que permite un mayor empoderamiento y de gestión de riesgos por parte de las personas sin el VIH en alto riesgo de adquirirlo (con el añadido de que es la única herramienta que no debe negociarse).

Lo que todavía sigue siendo un freno para su implantación en Estados Unidos es su elevado precio, algo que no se podrá revertir hasta la llegada de formulaciones genéricas una vez venza la patente.⁵

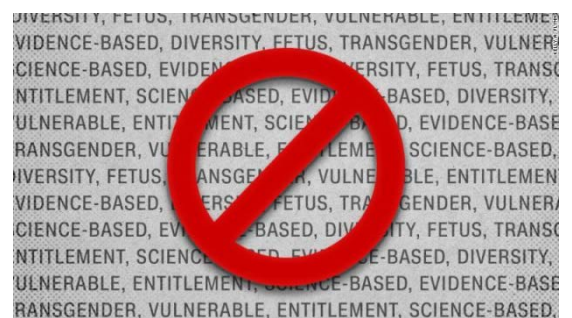


Estados Unidos: La Casa Blanca prohíbe a los CDC el uso de siete palabras

16 de diciembre de 2017 – Fuente: Cable News Network (Estados Unidos)

Funcionarios de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la agencia dedicada a salvar y proteger las vidas de los más vulnerables en Estados Unidos, recibieron la orden del gobierno de Donald John Trump de dejar de utilizar palabras como “vulnerable” en documentos del presupuesto de 2018.

En una junta de 90 minutos realizada el 14 de diciembre, a los analistas de política en la principal institución de salud pública en Estados Unidos se les presentó un menú de siete palabras prohibidas. En la lista se encuentran las palabras y conceptos: “diversidad”, “feto”, “transgénero”, “vulnerable”, “derecho a subsidio”, “con base en la ciencia” y “con



⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

base en la evidencia" (en inglés *diversity, fetus, transgender, vulnerable, entitlement, science-based y evidence-based*).

En algunos casos se presentaron palabras que pueden fungir como alternativas. Por ejemplo, en lugar de "con base en la evidencia" o "con base en la ciencia", un analista puede decir que "los CDC basan sus recomendaciones en la ciencia en consideración de los estándares y deseos de la comunidad". Pero aquellos que trabajan sobre los efectos del virus Zika en el desarrollo de fetos podrían quedarse sin palabras apropiadas, o aceptables.

La reacción en la reunión fue de incredulidad por parte de los funcionarios de los CDC.

Matt Lloyd, portavoz del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, dijo que "la afirmación de que el Departamento de Salud ha 'prohibido palabras' es una completa malinterpretación de las discusiones respecto al proceso de formulación del presupuesto. El Departamento de Salud continuará usando la mejor evidencia científica para mejorar la salud de todos los estadounidenses. El Departamento de Salud también anima fuertemente al uso de datos de resultados y evidencia en evaluaciones de programas y decisiones presupuestarias".

Calificando el anuncio de "irresponsable" y "de una peligrosidad inimaginable", Dana Singiser, vicepresidenta de políticas públicas y relaciones gubernamentales de la Federación Estadounidense de Paternidad Planificada, dijo: "No se puede combatir el virus Zika, o mejorar la salud fetal y de las mujeres, si no se puede utilizar la palabra 'feto'. Debe existir la posibilidad de hablar sobre la ciencia y la evidencia si se busca la cura de enfermedades infecciosas como la del virus del Ébola".

"Debe existir la posibilidad de reconocer la humanidad de las personas transgénero con el fin de atender sus necesidades de salud. No se puede borrar la falta de equidad en la salud que enfrentan las personas de color simplemente con prohibir el uso de palabras como 'vulnerable' o 'diversidad'".

"Aquí hay una palabra que todavía está permitida: ridículo", añadió Rush Holt, director ejecutivo de la Asociación Estadounidense para el Avance de la Ciencia.

El mundo



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

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

Entre el 31 de octubre y el 8 de diciembre de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 18 nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo dos casos fatales. Además, informo el fallecimiento de dos casos reportados previamente.

Los casos se registraron en las localidades de Al-Riyad (9), Buraydah (2), Qal Al-Bisah (2), Unaizah(2), Afif (1), Al-Asyah (1) y Al-Zulfi (1). Trece casos son varones. Quince casos presentan comorbilidades. Ninguno de los casos es trabajador de la salud. La media de edad de los casos es de 58 años (rango: 13 a 90 años).

Cinco de los casos estuvieron expuestos a dromedarios (*Camelus dromedarius*) infectados o consumieron su leche sin pasteurizar. Un caso tuvo contacto con un caso previamente confirmado por laboratorio, el que fue detectado durante el rastreo de contactos.

Los casos fallecidos corresponden a dos varones de 15 y 49 años, y tres mujeres de 64, 75 y 77 años de edad.

Los 18 casos reportados durante provienen de tres regiones del país. Se están llevando a cabo investigaciones sobre la fuente de infección de cada caso, incluido el contacto directo y/o indirecto con dromedarios.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 2.121 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 740 muertes relacionadas.

Respuesta de salud pública

La fuente de infección para cada caso notificado está siendo investigada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura (cuando han estado involucrados dromedarios) en Arabia Saudí. El Ministerio de Salud ha identificado y está haciendo el seguimiento de los trabajadores de la salud y los contactos familiares de los casos conocidos de MERS.

Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones humanas graves que resultan en una alta mortalidad. Los humanos se infectan por el contacto directo o indirecto con dromedarios. El virus ha demostrado su capacidad para transmitirse entre

País/Región	Casos	%	Muertes	%	Tasa let.
Arabia Saudí	1.747	82,37	660	89,19	37,78
Emiratos Árabes Unidos	86	4,05	13	1,76	15,12
Jordania	27	1,27	10	1,35	37,04
Qatar	22	1,04	6	0,81	27,27
Omán	10	0,47	3	0,41	30,00
Irán	6	0,28	1	0,14	16,67
Kuwait	4	0,19	2	0,27	50,00
Túnez	3	0,14	1	0,14	33,33
El Líbano	2	0,09	—	—	—
Bahrein	1	0,05	1	0,14	100,00
Egipto	1	0,05	—	—	—
Yemen	1	0,05	1	0,14	100,00
Mediterráneo Oriental	1.910	90,05	698	94,32	36,54
República de Corea	186	8,77	36	4,86	19,35
Filipinas	3	0,14	—	—	—
Malasia	1	0,05	1	0,14	100,00
Pacífico Occidental	190	8,96	37	5,00	19,47
Gran Bretaña	3	0,14	2	0,27	66,67
Austria	2	0,09	—	—	—
Francia	2	0,09	1	0,14	50,00
Países Bajos	2	0,09	—	—	—
Alemania	1	0,05	—	—	—
Grecia	1	0,05	—	—	—
Italia	1	0,05	—	—	—
Turquía	1	0,05	1	0,14	100,00
Europa	13	0,61	4	0,54	30,77
Estados Unidos	3	0,14	—	—	—
América	3	0,14	—	—	—
Tailandia	3	0,14	—	—	—
Sudeste Asiático	3	0,14	—	—	—
Argelia	2	0,09	1	0,14	50,00
África	2	0,09	1	0,14	50,00
Total mundial	2.121	100,00	740	100,00	34,89

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

humanos. Hasta ahora, la transmisión no sostenida de persona a persona se ha observado principalmente en entornos de atención médica.

La notificación de nuevos casos no modifica la evaluación general del riesgo. La OMS prevé que se reporten nuevos casos de infección en Medio Oriente, y que continuarán exportándose casos a otros países a través de personas infectadas tras la exposición a animales o productos de origen animal (por ejemplo, tras el contacto con dromedarios) o de origen humano (por ejemplo, en un centro sanitario). La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y llevando a cabo la evaluación del riesgo con base en la última información disponible.

Advertencias de la OMS

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

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

La concienciación de la comunidad y la prevención en el hogar puede reducir la transmisión en el entorno familiar y prevenir los clústeres comunitarios.

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

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

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

europa press

España, Islas Baleares: Un hidromasaje fue el origen de un brote de legionelosis que afectó a 26 personas en Palmanova

18 de diciembre de 2017 – Fuente: Europa Press

La Dirección General de Salud Pública de Islas Baleares dio por cerrada la investigación por un brote de legionelosis detectado en Palmanova, tras concluir que la infección tuvo su origen en las instalaciones exteriores de hidromasaje ubicadas en uno de los establecimientos de la zona.

Para ello, la Dirección General tomó 98 muestras que se han analizado en su laboratorio y en el Centro Nacional de Microbiología, según informó la Conselleria de Salud.

Desde el 6 de octubre de 2017, cuando comenzó la investigación una vez confirmado el primer caso, los técnicos de Salud Pública tomaron y analizaron muestras en diversos puntos de las instalaciones de agua de los hoteles de la zona, así como de la red municipal, restaurantes con nebulizadores exteriores, aspersores de riego, máquinas de limpieza vial, el manantial de una piscina y un lavado de vehículos, entre otros.

El análisis de las muestras se efectuó en el Laboratorio de Salud Pública y en el Centro Nacional de Microbiología del Instituto Carlos III (Madrid), donde se compararon las muestras ambientales positivas para *Legionella* con las muestras clínicas de afectados en el brote.

Se identificó *Legionella* en 12 muestras tomadas en diferentes puntos de la zona, pero sólo coincidieron con las muestras patógenas de afectados las correspondientes a estas instalaciones exteriores de hidromasaje de uno de los establecimientos hoteleros.

Como medidas preventivas mientras se desarrollaba la investigación, la Dirección General de Salud Pública siguió todos los protocolos establecidos y ordenó el cierre del suministro de agua de un hotel, así como del agua de las duchas de la playa, de una fuente ornamental y riegos por aspersión, elementos sobre los que se llevan a cabo revisiones y controles de forma periódica.

Asimismo, la Policía Local de Calvià colaboró con la autoridad sanitaria en controlar establecimientos de la zona por si tenían en marcha nebulizadores exteriores. Por su parte, los establecimientos hoteleros también adoptaron medidas preventivas y desinfectaron sus redes sanitarias.



Desde el 4 de octubre y hasta el 16 de noviembre, el Servicio de Epidemiología de Salud Pública recibió la notificación de 27 casos de legionelosis asociados a una determinada zona de Palmanova.

Los casos fueron notificados por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), excepto tres que fueron notificados desde el Hospital Universitario 'Son Espases' y una clínica privada de Palmanova.

Las personas afectadas fueron 26 turistas extranjeros alojados en establecimientos turísticos de Palmanova (20 de Gran Bretaña, dos de Dinamarca, uno de República Checa, dos de Francia y uno de Suecia) y una persona con actividad laboral en un establecimiento turístico de la zona afectada. Son 15 hombres y 12 mujeres, con edades entre 46 y 87 años.

Los turistas afectados se alojaron en Palmanova entre el 13 de agosto (primer día de estancia) y el 13 de octubre (último día de estancia). Los afectados se han recuperado, excepto un hombre de 70 años y con varias patologías (diabetes, leucemia crónica, cardiopatía isquémica), que murió el 11 de octubre en el hospital.

Durante 2017, en las Islas Baleares se han diagnosticado 108 casos de legionelosis.

IDEAL España: *Aedes aegypti* vuelve al país después de 78 años

20 de diciembre de 2017 – Fuente: Ideal (España)

Un vecino de una urbanización de Puerto del Rosario, en la isla de Fuerteventura, Canarias, dio la alarma la pasada semana. Envío a los técnicos del sistema de vigilancia entomológica de las islas la foto de un mosquito muerto que le había provocado picaduras más grandes de lo habitual para un insecto de los de toda la vida. El mosquito, por el contrario, era más pequeño de lo normal y tenía unas estéticas rayas blancas en cuerpo y patas. Cuando examinó la imagen, Basilio Valladares Hernández, director del Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canarias, supo lo que tenía ante él. "Fue una sorpresa, era un *Aedes aegypti*, transmisor de la fiebre amarilla, la fiebre zika, el dengue y la fiebre chikungunya". Es la primera vez en 78 años que se detecta la presencia de este insecto en España.



El descubrimiento justificaba ocho años de constante búsqueda, que es lo que hace el sistema de vigilancia entomológica desde su creación, en 2009. Cada diez días sus integrantes revisan las trampas instaladas en distintos puntos del archipiélago canario para comprobar si la invasión, hace años esperada, ha llegado. Por su situación geográfica, las islas están consideradas como una región con un elevado riesgo de introducción de mosquitos transmisores de enfermedades. Por ese motivo, además de la búsqueda incesante en puntos de cría, el Gobierno canario recuerda constantemente a la población que en caso de sufrir picaduras extrañas de insectos lo comuniquen al sistema de vigilancia.

Estas medidas han dado resultado y pueden contribuir a frenar la expansión del intruso. "Sabemos que está en una urbanización y creemos que no se ha extendido", afirma Valladares poco después de salir de una reunión de varias horas para elaborar un plan de lucha contra el recién llegado. De momento, las autoridades han delimitado un área de 500 m² alrededor de la urbanización y han comenzado una minuciosa búsqueda de larvas y ejemplares adultos. "Sabemos que hay pocos porque nos está costando cogerlos con las trampas", aseguró Valladares. El acto final del ataque contra los invasores será la fumigación de la zona afectada.

Aedes aegypti es un pequeño pero agresivo insecto originario de África. Suele picar durante el día, principalmente a primera hora de la mañana y a última de la tarde, y elige para hacerlo los codos y los tobillos, que son sus partes favoritas del cuerpo humano. Atacan siempre que pueden a no más de 150 metros de su lugar de nacimiento y es difícil detectarlos porque se mueven cerca del suelo sin emitir zumbido alguno. Son insectos urbanos, ligados a la actividad humana, que se han adaptado a reproducirse en pequeños puntos de agua generados por el hombre.

El Gobierno de Canarias recordó que "la mera presencia del mosquito no supone que se esté produciendo transmisión de enfermedades". Su picadura es muy molesta, pero padecerla no va más allá de una fuerte reacción inflamatoria acompañada por un intenso escozor. Para que transmitan algún virus deben haber succionado la sangre a una persona infectada. Es en ese momento, una vez contagiados ellos mismos, cuando se vuelven peligrosos.

Acabar con ellos no es la única prioridad del sistema canario de vigilancia. Hace falta descubrir también cómo han llegado a Fuerteventura, que es algo que aún se desconoce. Se da por hecho que han desembarcado entre la carga de algún barco mercante, posiblemente en una planta, pero hace falta encontrar el lugar exacto. "No se sabe en qué cargamento han venido pero lo averiguaremos", sostuvo convencido Valladares.

Lo que sí se sabe es cómo llegaron hasta la urbanización. "Está cerca del puerto y el viento sopla hacia allí", explicó el experto en enfermedades tropicales. Impulsados por el aire, los insectos se dieron de bruces con el paraíso de los mosquitos, un conjunto de edificios con piscinas y jardines repletos de zonas húmedas y pequeños charcos donde las larvas pueden crecer saludablemente.

La parte positiva de esta intrusión es que se ha producido en Fuerteventura, una tierra desértica donde es difícil que medre *Aedes aegypti*. En la isla se considera que la invasión ha sido detectada a tiempo y "en principio está controlada", pero aún existe el peligro de que se extienda a otros lugares de la misma manera en que llegó. "Estamos cerca del puerto y si nos descuidamos habrá riesgo de que viajen hasta La Palma y La Gomera, que son muy

húmedas. Con esto debemos tener un cuidado tremendo. En Madeira no hicieron nada cuando en 2004 detectaron el mosquito y tuvieron cerca de 4.000 casos de dengue”, advirtió Valladares.

En un contexto de globalización marcado por un intenso movimiento de personas y mercancías, las posibilidades de que se produzca un intercambio de virus entre humanos y mosquitos aumentan día a día sin que se pueda hacer mucho más que estar alerta. “En los últimos años se han vuelto a expandir, los estábamos esperando”, afirmó Roger Eritja, investigador del Servicio de Control de Mosquitos del Llobregat, quien califica de “muy mala noticia” la aparición de estos insectos en Fuerteventura. “Es un evento serio, un acontecimiento único y clave; puede ser un accidente o que ya estén establecidos, no sabemos qué va a pasar”, reconoció.

A pesar de sus palabras, Eritja no parece demasiado preocupado por las consecuencias de la invasión. “Tiene que haber muchos mosquitos y mucha gente infectada para que haya una epidemia”, aseguró. Pero no por ello hay que bajar la guardia. *Aedes aegypti* ha vuelto a colonizar no solo Madeira sino también zonas ribereñas del Mar Negro. También se han descrito casos aislados y sin continuidad en Italia, Turquía, Francia y Países Bajos. “A España llegó en el siglo XVIII a través del comercio de ultramar con América y a este continente había llegado a bordo de barcos de esclavos. La última vez que se detectó fue en Barcelona en 1939 y después desapareció sin que se sepa muy bien el motivo, lo que es inquietante. Es como si hiciera excursiones”, afirmó Roger Eritja.

Él fue uno de los tres especialistas que el 9 de agosto de 2004 participaron en una expedición que ha quedado marcada en el calendario de las efemérides entomológicas. Junto con sus compañeros del Servicio de Control de Mosquitos acudió a Sant Cugat del Vallès, desde donde habían llegado varias advertencias sobre la molesta presencia de moscas negras. En esta localidad, situada a 15 kilómetros de Barcelona, no solo encontraron lo que buscaban sino que se toparon con una desagradable sorpresa. En una de las casas que examinaron hallaron un ejemplar de *Aedes albopictus*, el primero que se detectaba en España y también portador de enfermedades tropicales. “Es el primo hermano de *Aedes aegypti*. Llegó aquí en un cargamento de neumáticos, que acumulan agua dentro, son oscuros y es difícil que se sequen. Para los mosquitos es como los agujeros de los árboles, un hábitat natural”, explicó Eritja.

Trece años después de aquel hallazgo, *Ae. albopictus* se ha extendido por toda la costa mediterránea y está presente en quince provincias. Y no solo eso, también se ha transformado. Según un estudio en el que ha tomado parte Eritja, estos insectos se han vuelto resistentes a los pesticidas más utilizados para combatirlos. *Ae. albopictus* ya parece haberse asentado. Ahora le toca el turno a su primo hermano. Ya está llamando a la puerta, solo necesita un buen barco y vientos favorables para volver al ataque.

EL PAÍS Irán, Teherán: Un terremoto y la contaminación desatan la alarma

21 de diciembre de 2017 – Fuente: El País (España)

Noushin Meymandi acudió el 21 de diciembre con fatiga, náuseas y problemas respiratorios al Hospital Privado Shahram de Teherán, donde le dijeron que había sufrido un leve infarto. “Casi no hemos dormido, llevamos una semana asfixiándonos con la contaminación y, por si fuera poco, hubo un terremoto y tuvimos que pasar la noche en el parque”, explica angustiada mientras la llevan en silla de ruedas a hacerle unas pruebas. Dos personas han muerto a consecuencia del sismo, que se ha sumado al desasosiego de los habitantes de la capital iraní por los elevados índices de contaminación atmosférica.

“Una mujer de 70 años murió tras sufrir un ataque al corazón, y también una niña de 10 años debido al grave estrés que le causó el temblor”, informó un portavoz de los servicios de emergencias. De acuerdo con la misma fuente, un centenar de personas han resultado heridas y han requerido algún tipo de atención hospitalaria. El mes pasado, un terremoto de magnitud 7,3 sacudió la frontera entre Irak e Irán y dejó 530 muertos del lado iraní.

El terremoto que hizo temblar el país la noche del 20 de diciembre, con una magnitud de 5,2 en la escala de Richter, ha sido el remate para una semana en la que los altos índices de contaminación han provocado un aumento en las urgencias por problemas respiratorios y alarmado a los habitantes de Teherán. Justo cuando los responsables municipales trataban de limitar la circulación para reducir las emisiones, el sismo, que afectó a la capital y sus alrededores, provocó una desbandada entre los ciudadanos, y los consiguientes atascos han empeorado aún más los niveles de gases nocivos en el aire.

Desde el lunes pasado, las autoridades ya habían decidido cerrar colegios y guarderías no sólo en Teherán, sino en otras ciudades como Isfahán y Tabriz. Sin embargo, parece que esta medida tampoco ha logrado bajar los altos niveles de contaminación y en algunos casos los ha agravado.

“Mi marido y yo trabajamos los dos y tenemos que dejar a la niña en un jardín de infantes cerca de casa, pero estos días que está cerrado, primero llevo a mi hija a casa de mi madre, al oeste de la ciudad, y luego vuelvo al centro. Mi marido también va a la oficina por su cuenta. Nuestros viajes diarios se han triplicado”, señala Samira, una joven empleada de banco, que se muestra muy crítica respecto a la eficacia de las restricciones adoptadas.

El fenómeno que afecta Teherán no es nuevo. Cada año, al llegar el invierno, se repite en mayor o menor medida. La ciudad está rodeada por la cordillera del Alborz, así que en cuanto descienden las temperaturas y deja de soplar el viento, se convierte en un cuenco que atrapa los humos de fábricas y vehículos. El año pasado –cuando la



Imagen de Teherán bajo una nube de contaminación.

situación no llegó a los niveles de éste-, el líder supremo, el ayatolá Alí Hosení Jamenei, hasta emitió una *fatua*⁶ contra quienes contribuyen a aumentar la contaminación.

“Tenemos que rezar para que soplen los vientos. No es posible vivir sin automóviles y combustible”, declaró decepcionado el 19 de diciembre el presidente de la Organización del Medio Ambiente, Isa Kalantari. El responsable del organismo atribuyó la mayor parte del problema a que “el gasoil no respeta los estándares, contamina diez veces más de lo permitido, y hay demasiados coches”.



Un embotellamiento en una carretera de Teherán.

La baja calidad de los combustibles, que solía atribuirse a las sanciones internacionales, explica que haya más ciudades afectadas. Hace un año, el presidente iraní, Hasan Rowhani, aseguró sin embargo que su Gobierno había cambiado a gas el funcionamiento de industrias y centrales eléctricas para reducir la contaminación, sustituido la gasolina de baja calidad por una de nivel europeo y retirado 809.000 vehículos viejos.

“El parque automovilístico de Teherán es seis veces mayor que su capacidad. La ciudad puede soportar 750.000 vehículos; sin embargo están circulando diariamente más de cuatro millones”, señala Maziar Hosseini, experto en transporte y antiguo vicedirector del Departamento de Transporte Urbano del Ayuntamiento de Teherán.

La Gobernación de Teherán ha prohibido la venta de nuevos permisos para entrar a la zona de tráfico restringido del centro de la capital, y ha extendido a toda la ciudad la circulación por matrículas alternas. También se han puesto en alerta todos los servicios de urgencias, se han parado las obras de construcción y se han cerrado de forma temporal las canteras de arena y grava cercanas a esta metrópolis de 12 millones de habitantes.

Aunque la situación geográfica no ayuda, hay otros factores que agravan el fenómeno. La provincia de Teherán concentra casi la mitad de todas las industrias del país, aún circulan cuatro millones de coches que no respetan los estándares ambientales y el transporte público es muy ineficiente.

Cada año, la contaminación se cobra la vida de casi 5.000 teheraníes. Estas muertes son el resultado de ignorar los principios del desarrollo sostenible y reflejan la incapacidad de las autoridades para hacer prevalecer las normas medioambientales sobre los poderes económicos, que las consideran un coste adicional innecesario. En esta situación, será difícil que la nube de humo que atrapa a los iraníes se disipe pronto.



Nigeria: Hasta la fecha son 61 los casos confirmados de viruela símica

21 de diciembre de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 20 de septiembre de 2017, Nigeria notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un presunto brote de viruela símica humana en el estado de Bayelsa. Las investigaciones de laboratorio han sido realizadas por el Centro Nigeriano de Control de Enfermedades (NCDC), el Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ de Dakar y el Centro Colaborador para ortopoxvirus de la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos en Atlanta.

Desde el 4 de septiembre hasta el 9 de diciembre, se han reportado 172 casos sospechosos y 61 confirmados en diferentes partes del país. Se informaron casos confirmados por laboratorio en catorce de los 36 estados y territorios: Akwa Ibom, Abia, Bayelsa, Benue, Cross River, Delta, Edo, Ekiti, Enugu, Lagos, Imo, Nasarawa, Rivers y el Territorio de la Capital Federal (FCT). Se reportaron casos sospechosos en 23 estados/territorios: Abia, Adamawa, Akwa Ibom, Bayelsa, Benue, Cross River, Delta, Edo, Ekiti, Enugu, Territorio de la Capital Federal (FCT), Imo, Kaduna, Kano, Katsina, Kogi, Kwara, Lagos, Ondo, Oyo, Nasarawa, Niger y Rivers.

La mayoría de los casos son masculinos (75%) y de entre 21 y 40 años de edad (mediana = 30 años). Se reportó una muerte en un paciente inmunocomprometido que no recibió tratamiento antirretroviral. Se han detectado clústeres de casos dentro de los estados; sin embargo, no hay evidencia conocida de vínculos epidemiológicos entre estados. Además, los resultados de la secuenciación genética del virus aislado dentro de los estados y entre ellos sugieren múltiples fuentes de introducción del virus en la población humana. Está en curso investigación epidemiológica adicional.

Respuesta de salud pública

El NCDC ha desactivado su Centro de Operaciones de Emergencia (EOC) y la respuesta será coordinada por un grupo de trabajo técnico compuesto por todos los asociados existentes para la respuesta. El NCDC también ha desplegado equipos de respuesta rápida (RRTs) en todos los estados que han confirmado casos, y está brindando apoyo técnico remoto a los demás estados. La vigilancia, la investigación de casos y el rastreo de contactos están en curso. El Sistema de Vigilancia y Gestión de la Respuesta al Brote (SORMAS) se implementó el 4 de noviembre de 2017 y se está utilizando para mejorar la gestión de los datos y el mapeo en tiempo real de los casos y contactos. Se han establecido instalaciones para el manejo de casos, incluidas unidades de aislamiento, y se están brindando cuidados paliativos. Los trabajadores de la salud han sido capacitados en el manejo de casos y la comunicación, para que la población conozca los riesgos de la viruela símica a través de los medios masivos de comunicación, la difusión de mensajes clave, comunicados de prensa y sesiones informativas para los medios.

⁶ Una *fatua* es un pronunciamiento legal en el Islam, emitido por un especialista en ley religiosa sobre una cuestión específica. Normalmente una *fatua* es emitida ante la petición de que un individuo o juez establezca una cuestión donde el *fiqh*, la jurisprudencia islámica, no está clara.

Evaluación de riesgos de la OMS

La viruela símica, una rara zoonosis que ocurre esporádicamente en áreas selváticas de África Central y Occidental, es causada por un ortopoxvirus que puede provocar una enfermedad fatal. Las manifestaciones de la enfermedad son similares a las de la viruela humana (erradicada en 1980), sin embargo la viruela símica humana es menos severa. La enfermedad es autolimitada y los síntomas generalmente se resuelven en 14-21 días. El tratamiento es de apoyo. Este es el primer brote en Nigeria desde 1978. El virus se transmite a través del contacto directo con sangre, fluidos corporales y lesiones cutáneas/mucosas de animales infectados (ratas, ardillas, monos, lirones, ratones rayados, entre otros roedores, y chimpancés). La transmisión secundaria de persona a persona es limitada, pero puede ocurrir por la exposición a gotitas respiratorias y el contacto con personas infectadas o materiales contaminados.

Advertencia de la OMS

Durante los brotes de viruela símica, las gotitas respiratorias y el contacto directo con fluidos corporales, lesiones cutáneas de pacientes u objetos como la ropa recientemente contaminada por secreciones del paciente o fluidos de la lesión es el factor de riesgo más significativo para la infección. En ausencia de tratamiento específico o vacuna, la única forma de reducir la infección en las personas es concientizando a la población sobre los factores de riesgo, como el contacto cercano con animales silvestres, incluidos roedores, y educando a la población sobre las medidas para reducir la exposición al virus. Las medidas de vigilancia y la identificación rápida de nuevos casos son fundamentales para contener el brote. Los mensajes educativos de salud pública deben enfocarse en los siguientes riesgos:

- Reducir el riesgo de transmisión de animal a humano. Los esfuerzos para prevenir la transmisión en las regiones endémicas deben centrarse en evitar comer o tocar animales enfermos o encontrados muertos en la naturaleza. Se deben usar guantes y otra ropa protectora apropiada al manipular animales enfermos o sus tejidos infectados.
- Reducir el riesgo de transmisión de humano a humano. Las personas infectadas con viruela símica deben aislarse, e implementarse las medidas de prevención y control de infecciones en las instalaciones donde se brinda atención médica a pacientes infectados. Debe evitarse el contacto físico cercano con personas infectadas con viruela símica hasta que se hayan recuperado. Se deben usar guantes, mascarillas y batas protectoras cuando se cuida a personas enfermas en cualquier entorno. Se debe efectuar el lavado regular de manos después de cuidar o visitar a personas enfermas.

La OMS aconseja no restringir los viajes o el comercio con Nigeria o las zonas afectadas en función de la información disponible. Actualmente existe un riesgo bajo de que los viajeros internacionales entren en contacto con la viruela símica en Nigeria.

The Journal of
Infectious
Diseases

República Democrática del Congo: Los sobrevivientes de Ébola siguen produciendo anticuerpos contra el virus 40 años después

14 de diciembre de 2017 – Fuente: *The Journal of Infectious Diseases*

Cuarenta años después del primer brote documentado de enfermedad por el virus del Ébola (EVE), algunos de los sobrevivientes todavía tienen anticuerpos contra el virus, reveló un nuevo estudio. El hallazgo refuerza la suposición generalizada de que los sobrevivientes de la enfermedad permanecen inmunes al virus de por vida. El trabajo también puede ayudar a guiar el desarrollo de nuevos medicamentos y aclarar las consecuencias a largo plazo para la salud de una infección por el virus del Ébola.

En 1976, la EVE golpeó Yambuku, un pequeño pueblo en la esquina noreste de la República Democrática del Congo. De los 318 casos registrados, 280 murieron. La epidemióloga Anne Rimoin de la Universidad de California, Los Angeles, que tiene un laboratorio en Kinshasa, organizó en 2014 un viaje a Yambuku con algunos de los investigadores que respondieron al brote de 1976, incluido el epidemiólogo Peter Piot, co-descubridor del virus del Ébola. El grupo no tenía planeado investigar, sino que estaban elaborando un documental sobre epidemias, pero Rimoin, que trabajó en la República Democrática del Congo durante 15 años investigando enfermedades infecciosas emergentes, se sintió intrigada por la idea de estudiar a los supervivientes de 1976. "Nadie pensó sería posible encontrarlos", dice Rimoin, quien vio la oportunidad de comprender mejor durante cuánto tiempo persiste la inmunidad contra el virus del Ébola. Otros estudios habían examinado las respuestas inmunes de sobrevivientes al virus de infecciones que databan de solo 11 años atrás.

Con la ayuda de los investigadores del brote original y Sukato Mandzomba, un técnico de laboratorio que estuvo entre los infectados sobrevivientes (y que todavía trabaja en el hospital local), Rimoin y su equipo rastrearon a los sobrevivientes, con edades comprendidas entre 55 y 86 años, que estaban dispuestos a dar muestras de sangre. "Estoy muy entusiasmado con este estudio, ya que ilustra cómo la combinación del trabajo colaborativo, la presencia local y, quizás sobre todo, el poder de una larga amistad, puede producir estos datos a largo plazo", dice el coautor Piot, que actualmente dirige la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.

Obtener las muestras de sangre fue complicado. Rimoin y su equipo volaron a Bumba, a 1.000 kilómetros de Kinshasa, en un avión charter, y luego condujeron 100 kilómetros por caminos de tierra hacia la zona boscosa de Yambuku. Viajaron con un electricista, un freezer de -80°C, una centrifuga refrigerada, nitrógeno líquido y baterías de larga duración para hacer funcionar sus generadores. Luego enviaron muestras de sangre a Kinshasa, algunas de las cuales fueron enviadas a colaboradores en Estados Unidos para realizar diversos análisis inmunológicos.

Todos los sobrevivientes presentaban anticuerpos que reaccionaron, algunos muy fuertemente, a tres proteínas diferentes del virus del Ébola, informó el equipo. Cuatro personas presentaban anticuerpos que iban más allá de

simplemente unirse a las proteínas, sino que podían “neutralizar” el virus –lo que lo volvía no infeccioso– en experimentos de laboratorio. “Eso fue impactante”, dice Gene Olinger, un inmunólogo de MRIGlobal en Frederick, Maryland, que realizó algunas de las pruebas. “Pensé que tendríamos respuestas, pero no pensé que veríamos anticuerpos neutralizantes u otras respuestas fuertes”.

No hay casos documentados de que un sobreviviente de la enfermedad se infecte por segunda vez, y la viróloga Diane Griffin de la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, de Baltimore, Maryland, especialista en virus ARN como el del Ébola, dijo que normalmente confieren inmunidad de por vida. “No encuentro estos resultados sorprendentes”, dijo Griffin. Sin embargo, afirmó que aún quedan muchas preguntas por responder acerca de cómo se establece y mantiene la inmunidad a largo plazo, lo que es “ciertamente digno de estudio” y relevante para el desarrollo de la vacuna.

Olinger, que previamente estudió el virus del Ébola en monos cuando trabajó con el ejército de Estados Unidos, replicó que no cree que la protección de por vida sea un hecho. En su experiencia, algunos animales que enfermaron después de haber sido infectados intencionalmente con el virus del Ébola y se recuperaron, más tarde se infectaron nuevamente con el virus y murieron. Sin embargo, está ansioso por hacer más estudios, posiblemente en animales, con la sangre de los sobrevivientes para ayudar a desentrañar las respuestas inmunitarias específicas que podrían ser clave para los desarrolladores de vacunas. “Hay mucho más trabajo por hacer”, dijo.

Uno de los aspectos más importantes del nuevo trabajo, dice Olinger, es que la identificación de los sobrevivientes del virus del Ébola a largo plazo dará esperanza a las aproximadamente 17.000 personas en África Occidental que contrajeron el virus entre 2013 y 2016 y no murieron por la infección. “Los sobrevivientes sintieron que sus vidas se acortarían por la enfermedad”, dijo Olinger, que trabajó en África Occidental durante esa epidemia.

Rimoin y sus colaboradores ahora están estudiando a los 14 sobrevivientes del brote de 1976 para evaluar si su salud sufrió consecuencias a largo plazo debido a la infección por el virus. El equipo también comenzó a recolectar muestras de sangre de 40 supervivientes de un brote ocurrido en Kikwit en 1995. “La apertura para el estudio de estas personas está cerca”, dijo Rimoin, quien señaló que la población de la República Democrática del Congo tiene una de las esperanzas de vida más bajas del mundo: 58 años para los hombres y 62 años para las mujeres. “Hay mucho que aprender de ellos”.⁷



Yemen: El cólera ya causó más de 2.000 muertes

21 de diciembre de 2017 – Fuente: EFE

El número de casos sospechosos de cólera ya alcanzó el millón y un total de 2.226 personas han muerto desde la detección del primer brote el pasado mes de abril en Yemen, un país en el que 80% de la población sufre necesidades acuciantes, sin poder acceder a los servicios públicos, incluida la sanidad, debido a una guerra civil que suma ya mil días, según informó el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

“El número de casos sospechosos de cólera ya alcanzó el umbral del millón de personas, amplificando el sufrimiento de un país atrapado en una guerra brutal”, aseguró el 20 de diciembre la organización humanitaria.

De acuerdo con el anterior balance, facilitado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta el mes de septiembre había 700.000 personas que estaban recibiendo tratamiento contra el cólera como casos sospechosos y más de 2.000 personas habían muerto a causa del virus.

La OMS advirtió hace apenas unas semanas de que otro brote de cólera podría azotar a la empobrecida nación del Golfo si se mantenía el colapso del sistema sanitario y el bloqueo fronterizo impuesto por la coalición árabe en respuesta a los proyectiles lanzados por los hutíes contra territorio saudí.

El bloqueo, en vigor desde noviembre, ha impedido la entrada de mercancías por tierra, mar y aire. Aunque la ayuda humanitaria sigue llegando, las organizaciones humanitarias se han visto obligadas a suplir los bienes de primera necesidad que el sector privado ya no es capaz de proporcionar.

En las últimas semanas, la coalición internacional ha levantado el bloqueo sobre el aeropuerto internacional de Sana'a y sobre los puertos de Adén y Hodeida, lo que permitirá aliviar el desabastecimiento, si bien se trata de una medida temporal.

La guerra civil de Yemen, que enfrenta a los rebeldes hutíes con las fuerzas gubernamentales, apoyadas por una coalición militar liderada por Arabia Saudí, ha acabado con la vida de más de 10.000 personas, de las cuales más de 5.000 son civiles, según las estimaciones de la Organización de Naciones Unidas.

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) también alertó sobre los problemas que azota a Yemen alegando que la nación necesita ayuda humanitaria de forma urgente.

El informe recalcó que Yemen sufre la peor hambruna en toda la región, ya que cerca de 36% de la población padece de inseguridad alimentaria grave.



⁷ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

Destacó que los servicios sanitarios en ese país se han degradado, lo que contribuyó a generar la epidemia de cólera.

Sobre la evolución de la epidemia, Médicos Sin Fronteras (MSF) dijo que ésta prácticamente ha concluido, pero considera inevitable un rebrote a partir de abril, cuando empiece nuevamente la temporada de lluvia. No obstante, consideró que su impacto será menos grave porque la población ha incorporado hábitos de prevención y desarrollado cierta inmunidad.

Brote de difteria

“Además del cólera, también se registra un brote de difteria, con 312 casos desde octubre, de los cuales 35 han muerto, lo que indica una mortalidad de 10%, pero que en el caso de los niños menores de cinco años es de 25%”, alertó el representante de MSF en Yemen, Marc Poncin.

A pesar de que no se prevé una multiplicación de casos al mismo ritmo que el cólera, la difteria preocupa a los especialistas porque se trata de una enfermedad que prácticamente había desaparecido gracias a las políticas de inmunización, por lo que su reaparición complica su tratamiento.

Se trata de una enfermedad que, como el cólera, ha reaparecido en Yemen a causa de la guerra, que ha provocado que el sistema de salud sea totalmente dependiente de la ayuda internacional.

Al menos la mitad de instalaciones médicas yemeníes están destruidas o funcionan parcialmente.

Poncin sostuvo que a nivel internacional hay escasez de antitoxinas, utilizadas para reducir la mortalidad de la difteria. Los antibióticos ocupan un segundo lugar en el tratamiento y sirven sobre todo para contener la transmisión del mal.

MSF está respondiendo a esta emergencia en los centros médicos que tiene en distintas áreas del país, particularmente en las más afectadas por el conflicto armado, que se agravó a partir de abril de 2015, cuando una coalición militar liderada por Arabia Saudí intervino contra la rebelión de los hutíes.

Sin embargo, Poncin reconoció que atender a los enfermos es muy complicado por los niveles de violencia y porque para cualquier movimiento en favor de la población se debe recibir una autorización previa de la coalición saudí o de los rebeldes, dependiendo de quien ejerza el control en la zona.

La organización, no obstante, descartó que la difteria pueda extenderse como lo hizo este año el cólera, ya que su transmisión es menos fácil.

Mientras el cólera se transmite por el agua contaminada, la difteria se contagia a través de la saliva u otra secreción de la persona contaminada.

Está prevista una campaña de inmunización contra la difteria en las próximas semanas, la que tendrá prioridad antes que una campaña de vacunación contra el cólera.

Congreso


Asociación Argentina de Zoonosis

II CONGRESO INTERNACIONAL DE ZONOSIS
IX CONGRESO ARGENTINO DE ZONOSIS
"ALIMENTOS Y ZONOSIS: DESAFÍOS DEL SIGLO XXI"

5 AL 7 DE JUNIO DE 2018
HOTEL SAVOY
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
www.congreso-zoonosis.com
www.aazonosis.org.ar

EJES TEMÁTICOS

- 1 ZONOSIS Y ALIMENTOS EN LA PRODUCCIÓN AGROINDUSTRIAL. IMPACTOS Y RELEVANCIA.
- ZONOSIS REGIONALES ENDÉMICAS. SITUACIÓN Y AVANCES. 2
- 3 ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES Y REEMERGENTES. IMPACTOS RECIENTES.



Life preserver.

Wearing condoms saves lives. Maybe yours.
Your partner's. Or the lives of future partners.
And though condoms can't cure AIDS, they can
stop it. But only if you wear them.
So make a habit of sleeping with condoms.
As though your life depended on it.

Use condoms.
There's living proof they stop AIDS.

HERO
Health Education Resource Organization

945-AIDS • 251-1164 • 1-800-638-6252
Baltimore Metro DC Metro Elsewhere in MD

Health Education Resource Organization (1986, Baltimore, Maryland, 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.