



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.

2.031

19 de marzo de 2018

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 enfermedad tipo influenza
- Alerta epidemiológica por el riesgo de reintroducción del sarampión en Argentina

América

- Actualización epidemiológica sobre la situación del sarampión en la Región
- Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla
- Estados Unidos: La influenza causó la muerte de 128 niños en lo que va de la temporada
- Estados Unidos, California: Brote de triquinosis relacionado con el consumo de carne de jabalí criado en cautiverio
- Nicaragua: Combatir la malaria es cada vez más difícil

- Paraguay: Expertos de la OMS recomiendan declarar al país "libre de malaria"

El mundo

- España, Comunidad Valenciana: Dos niños sin vacunar provocaron un brote de sarampión en un hospital de Manises
- Francia: Significativo aumento de los casos de sarampión
- Mozambique procurará atender al menos a 90% de los casos de VIH/Sida para 2020
- Omán: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV
- Sudáfrica: El brote de listeriosis está en proceso de control
- Yemen: Fueron vacunados contra la difteria 2,7 millones de niños

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

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



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Un programa totalmente on-line, en español, con evaluación y certificación final

- 4 cursos de 2 meses de duración
- 6 módulos por curso
- Expertos docentes
- Foros, casos clínicos, videos, presentaciones y lecturas sugeridas



- Curso 1 - Desafíos y práctica de la Medicina del Viajero en un mundo globalizado
- Curso 2 - Optimizar la vacunación del viajero
- Curso 3 - Los viajeros en situaciones especiales
- Curso 4 - Las recomendaciones según destinos elegidos



Obtenga la certificación de programa completo o inscribese sólo en los cursos de su interés.

WWW.SLAMVI.ORG

Argentina

Vigilancia de enfermedad tipo influenza

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación
12 de marzo de 2018 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios –
Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

El presente informe desarrolla el análisis del comportamiento de la enfermedad tipo influenza (ETI) durante las primeras cinco semanas epidemiológicas (SE) del año 2017. El objetivo es reconocer la situación actual y contribuir con la toma de decisiones en los niveles locales, provinciales y nacional.

Las fuentes de información fueron los módulos de vigilancia clínica (C2), de laboratorio (SIVILA), y la Unidad Centinela de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (UCIRAG) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

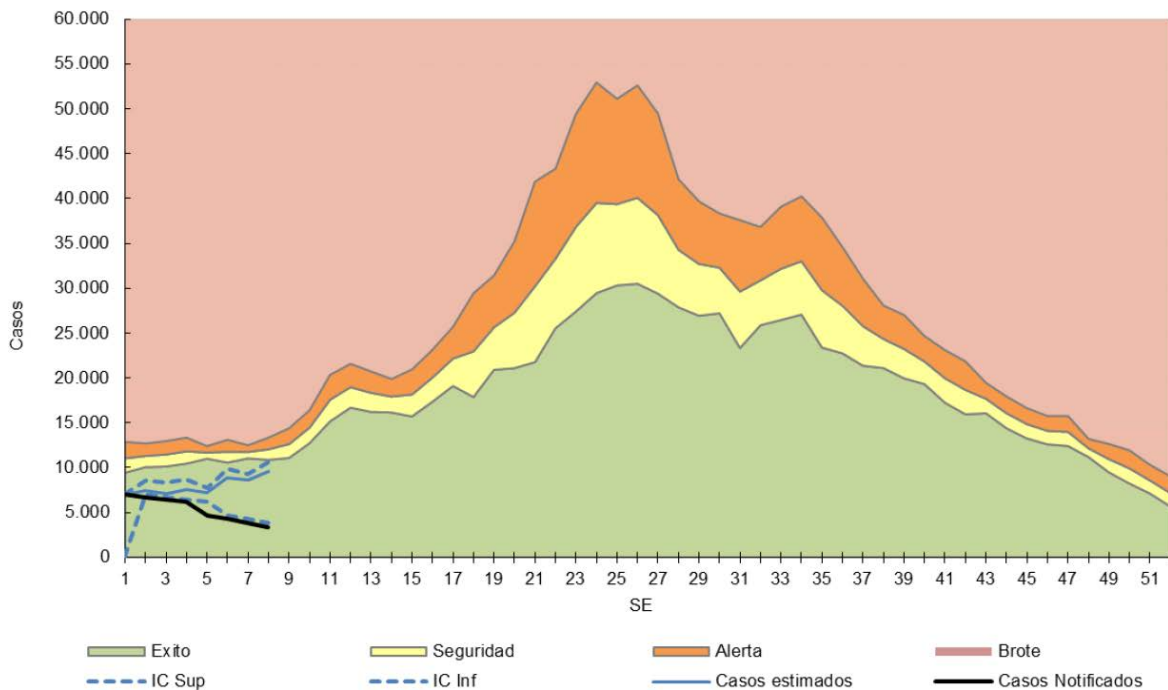


Gráfico 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2018, con base en datos de los años 2013 a 2017. Con representación de casos y estimaciones hasta semana epidemiológica 8. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.¹

¹ Como una forma de superar el atraso en la notificación y poder aproximarse a la situación actual de la ETI, el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología ha implementado una metodología de estimación que considera las notificaciones al módulo C2, la variación en los establecimientos con mayor regularidad, la oportunidad de notificación y el número de casos, así como el porcentaje de positividad para virus respiratorios por semana epidemiológica surgido de las notificaciones al SIVILA. El resultado de la aplicación de este modelo para el total nacional se muestra en el corredor endémico, incluyendo tres escenarios: el calculado en función de la mediana y los límites de confianza superior e inferior, que conformarían el peor y mejor escenario en el que se encontraría la notificación según las estimaciones para cada semana.

En las primeras cinco SE de 2018, se notificaron al Módulo C2 30.928 casos, con una tasa acumulada nacional de 69,51 casos cada 100.000 habitantes. Esta tasa es 46,94% menor a la tasa de la misma SE del período 2012/2017, y 43,07% menor a la correspondiente al año 2017.

Hasta la SE 8 de 2018, las notificaciones se mantienen en la zona de éxito. Según estimaciones realizadas, la curva de casos se encontraría entre las zonas de éxito y seguridad. La curva de casos y las estimaciones presentaron el comportamiento estacional habitual.

Al igual que en el corredor endémico nacional, los corredores de cada región muestran una notificación por debajo del mínimo esperado en todas las semanas del año. Esta información alerta sobre la necesidad de mantener y fortalecer la vigilancia de las ETI con el fin de contar con información oportuna y de calidad capaz de detectar tempranamente el ascenso estacional.

En cuanto al análisis de casos y tasas acumuladas por provincia se destaca que cuatro provincias –Catamarca, Jujuy, Río Negro y San Luis– presentan tasas acumuladas hasta la SE 5 de 2018 superiores a la tasa acumulada para la misma SE del período 2012/2017, siendo este aumento en los casos de Jujuy y San Luis superior a 10%.

El grupo etario más afectado es el de menores de 5 años. Además, las tasas disminuyen a medida que aumenta la edad del grupo (ver Gráfico 2).

No se notificaron en lo que va del año fallecimientos con diagnóstico de influenza.

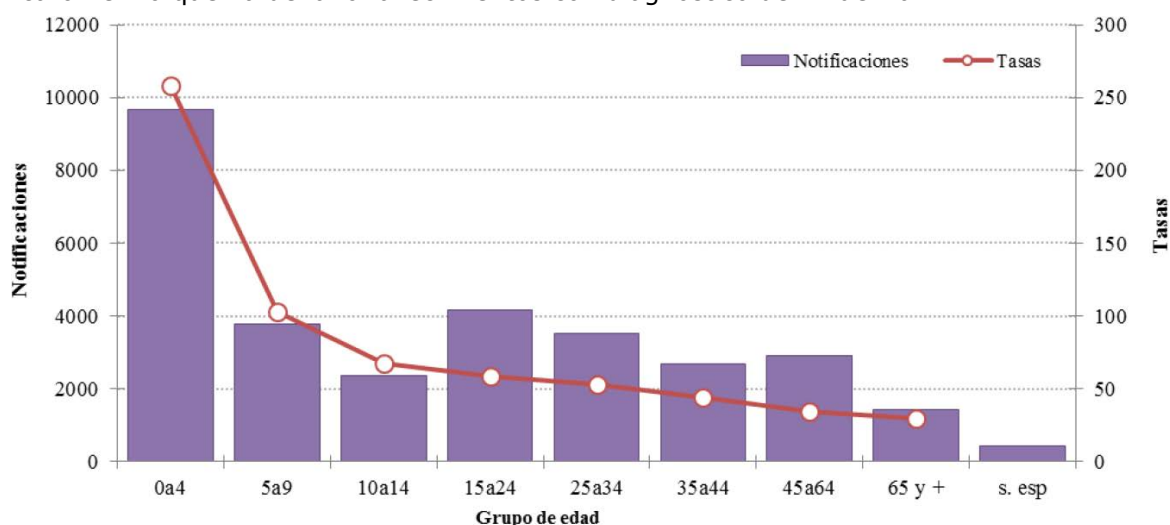


Gráfico 2. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Argentina. Año 2017, hasta semana epidemiológica 32. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2012/2017		2017		2018	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	7.358	40,19	1.224	39,95	1.177	38,36
Buenos Aires	110.871	111,55	18.295	107,49	8.976	52,20
Córdoba	22.188	104,23	3.630	99,58	1.191	32,33
Entre Ríos	21.823	276,63	3.910	290,17	2.058	151,27
Santa Fe	20.238	99,69	1.162	33,65	693	19,91
Centro	182.478	109,15	28.221	98,92	14.095	48,96
Mendoza	5.894	52,41	821	42,58	566	29,04
San Juan	5.682	128,90	803	106,22	586	76,66
San Luis	1.083	38,15	158	32,30	283	57,10
Cuyo	12.659	68,45	1.782	56,15	1.435	44,71
Corrientes	17.256	270,05	3.824	350,52	1.245	113,07
Chaco	18.742	274,77	2.904	248,60	2.058	174,34
Formosa	13.306	384,71	2.023	342,93	922	154,92
Misiones	29.067	409,94	4.352	357,08	2.659	215,62
NEA	78.371	329,84	13.103	322,12	6.884	167,50
Catamarca	7.489	316,02	1.639	405,26	1.413	346,19
Jujuy	9.598	221,16	2.151	288,63	1.860	246,72
La Rioja	4.902	223,71	1.390	367,68	804	209,80
Salta	10.524	132,49	1.110	81,01	1.066	76,77
Santiago del Estero	8.593	155,13	1.373	144,80	588	61,36
Tucumán	7.126	75,05	870	53,24	863	52,16
NOA	48.232	151,30	8.533	155,71	6.594	118,89
Chubut	3.351	99,46	546	92,86	458	76,54
La Pampa	2.790	136,19	149	42,66	148	42,00
Neuquén	2.231	60,47	303	47,50	272	42,05
Río Negro	4.173	100,25	591	82,24	766	105,16
Santa Cruz	2.382	125,65	469	138,54	222	63,87
Tierra del Fuego	499	55,35	77	47,91	54	32,74
Sur	15.426	96,01	2.135	76,44	1.920	67,64
Total Argentina	337.166	131,00	53.774	122,09	30.928	69,51

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2018, hasta semana epidemiológica 5. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Ante la circulación del virus de sarampión en países de América y el resto del mundo y el tránsito de personas desde y hacia esos países actualmente afectados, el Ministerio de Salud de Argentina emitió un alerta, con el objetivo de informar sobre la situación, difundir las recomendaciones para la población local y los viajeros e instar a los equipos de salud de todo el país a intensificar la vigilancia epidemiológica de la enfermedad febril exantemática, así como verificar los circuitos y protocolos para la notificación oportuna y la implementación inmediata de acciones de control ante la detección de casos sospechosos.

Recomendaciones para el equipo de salud

Para evitar la reintroducción del virus del sarampión en el país, el Ministerio de Salud de Argentina recomienda:

- Verificar el esquema de vacunación completo para la edad:
 - De 12 meses a 4 años: deben acreditar una dosis de vacuna triple viral (sarampión-rubéola-parotiditis).
 - Mayores de 5 años: deben acreditar dos dosis de vacuna doble o triple viral después del primer año de vida.
 - Las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse porque son consideradas inmunes y no necesitan vacunarse.
- Intensificar la vigilancia epidemiológica de casos sospechosos de enfermedad febril exantemática.

Los casos sospechosos de sarampión y rubéola constituyen eventos de notificación obligatoria regulados por la Ley 15.465, que obliga a todos los profesionales médicos y bioquímicos a realizar la notificación de los mismos (se desempeñen en cualquiera de los subsectores de atención: público, privado o de la seguridad social).

Se define como caso sospechoso a todo paciente con fiebre (temperatura axilar mayor a 38°C) y exantema, o en todo caso en que el profesional de la salud sospeche sarampión o rubéola.

Ante la presencia de síntomas compatibles, indagar siempre sobre los antecedentes de viaje de los pacientes.

Modalidad de la vigilancia

Todo caso sospechoso deberá notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (al módulo C2 por parte del equipo médico que atienda a un caso sospechoso, y al módulo SIVILA por parte del personal de laboratorio que obtenga, reciba o procese muestras provenientes de un caso sospechoso), dentro de las 24 horas de la notificación, con adelanto por vía telefónica a la autoridad local responsable de las primeras acciones de bloqueo.

Recomendaciones para viajeros

- Verificar esquema de vacunación completo para la edad según Calendario Nacional de Vacunación. De no contar con las 2 dosis recomendadas, la vacuna debe ser aplicada como mínimo 15 días antes del viaje.
- Los niños de 6 a 11 meses que viajen a áreas de circulación viral activa, deben recibir una dosis de vacuna triple viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como esquema de vacunación. Se administrarán las dosis correspondientes al Calendario Nacional de Vacunación al año de vida y al ingreso escolar.

En caso de verificar la aparición de fiebre y erupción cutánea durante el viaje o dentro de las tres semanas posteriores al regreso, se debe consultar inmediatamente al médico informando el antecedente de viaje. No se debe concurrir a lugares públicos hasta obtener el alta médica.²

América

Actualización epidemiológica sobre la situación del sarampión en la Región

16 de marzo de 2018 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

En 2017, cuatro países de la Región de las Américas notificaron casos confirmados de sarampión: Argentina (3 casos), Canadá (45 casos), Estados Unidos (120 casos) y Venezuela (727 casos).

En los primeros meses de 2018 son nueve los países que han notificado casos confirmados: Antigua y Barbuda (1 caso), Brasil (14 casos), Canadá (4 casos), Colombia (1 caso), Estados Unidos (13 casos), Guatemala (1 caso), México (4 casos), Perú (2 casos) y Venezuela (159 casos).

A continuación, se presenta un resumen de la situación reportada por los países en 2018.

Antigua y Barbuda: El 24 de enero de 2018 el país notificó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) a través de su Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), un caso importado de sarampión. El caso es una joven de 19 años de edad, sin antecedentes de vacunación contra sarampión que viajó de Gran Bretaña a Antigua y Barbuda el 20 de enero de 2018 y que inició exantema el 19 de enero de 2018.

Brasil: Se encuentra en curso un brote de sarampión con casos notificados en los municipios de Boa Vista y Pacaraima, estado de Roraima. A partir de la detección del primer caso en la semana epidemiológica (SE) 8 de 2018 y hasta el 12 de marzo de 2018 se notificaron 50 casos sospechosos (43 en el municipio de Boa Vista y 7 en el municipio de Pacaraima), de los cuales 14 fueron confirmados por laboratorio a través de pruebas serológicas y moleculares y 36 permanecen en investigación, entre ellos un fallecido (ver Gráfico 3).

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

Todos los casos confirmados se reportaron en ciudadanos venezolanos, no vacunados, cuyas edades oscilan entre 9 meses a 18 años de edad, 10 de los cuales son del sexo masculino.

De acuerdo con el análisis de laboratorio realizado por la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ), el genotipo identificado en todos los casos confirmados es el D8. Este genotipo es idéntico al identificado en Venezuela en 2017.

Acciones implementadas:

- Campaña de vacunación contra el sarampión en 15 municipios de Roraima, dirigida a susceptibles de 6 meses a 49 años de edad e inmigrantes venezolanos.
- Intensificación de la vigilancia epidemiológica a través de búsqueda activa y retrospectiva institucional, identificación y seguimiento de contactos.
- Fortalecimiento de la red de laboratorios.
- Comunicación del riesgo.

Colombia: En la SE 11 de 2018, se notificó un caso de sarampión que corresponde a un masculino de 14 meses de edad, actualmente hospitalizado, de nacionalidad venezolana y procedente de la ciudad de Caracas, Venezuela. El caso fue reportado por el municipio de Medellín, departamento de Antioquia. El niño llegó al país el 2 de marzo y la fecha de inicio de exantema fue el 8 de marzo. El Instituto Nacional de Salud informó sobre la detección de anticuerpos anti sarampión IgM en suero y por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en hisopado faríngeo positivo el 14 de marzo.

Acciones implementadas:

- Identificación y seguimiento de contactos. Todos asintomáticos a la fecha.
- Búsqueda activa institucional y comunitaria.
- Vacunación de susceptibles.

Canadá y Estados Unidos: Se registraron 17 casos importados o asociados a importación; 88% de los casos confirmados son en no vacunados. El rango de edad de los 17 casos es entre 6 meses y 49 años. Los genotipos identificados son D8, D4 y B3.

Guatemala: El 19 de enero de 2018 y después de 20 años sin casos de sarampión en el país, se confirmó un caso importado de sarampión. Corresponde a una persona de 17 años de edad, que inició exantema el 17 de enero de 2018 y tiene una historia de viaje a Alemania entre octubre de 2017 y el 2 de enero de 2018. En los días previos a su regreso a Guatemala, estuvo en contacto con casos confirmados de sarampión en Alemania.

México: Entre las SE 1 y 10 de 2018 se confirmaron 4 casos de sarampión importados o asociados a importación.

El primer caso fue detectado en la SE 7 y corresponde a una mujer de 38 años de edad, residente de Tijuana, Baja California, que fue contacto de un caso confirmado de sarampión identificado en un vuelo internacional. El caso fue confirmado por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) mediante prueba molecular de RT-PCR en tiempo real; el análisis filogenético identificó el genotipo B3.

Otros tres casos de sarampión fueron confirmados en la Ciudad de México, con fecha de inicio de exantema entre las SE 7 y 10. Estos casos, están relacionados entre sí y corresponden a una mujer de 39 años de edad, su hijo (de 1 año de edad) y la cuidadora del menor (de 48 años de edad).

Con relación al antecedente de vacunación de los 4 casos confirmados, uno de ellos estaba vacunado, el menor estaba a un día de cumplir un año para vacunarse y los dos adultos desconocían su antecedente de vacuna contra sarampión.

En la SE 10, se detectó un caso probable de sarampión, correspondiente a un menor de 4 años, extranjero, el cual visitó la ciudad de Guasave, estado de Sinaloa, y ya retornó a su país. El caso resultó con prueba de serología positiva para sarampión realizada por el InDRE. El país de residencia fue debidamente informado para el seguimiento y clasificación final del caso.

Acciones realizadas:

- Identificación y seguimiento de los contactos.
- Búsqueda de casos probables alrededor del domicilio de los casos confirmados (en un área de 25 manzanas) y sitios visitados durante el periodo de transmisibilidad.
- Búsqueda de casos probables en unidades de salud en las que solicitaron atención médica los casos confirmados.
- Notificación diaria de casos probables de sarampión en toda la Ciudad de México.
- Verificación de coberturas de vacunación y vacunación de personas susceptibles.
- Campaña de comunicación a la sociedad.

Perú: Entre las SE 9 y 11 de 2018 se confirmaron dos casos de sarampión en residentes peruanos que no han salido del país.

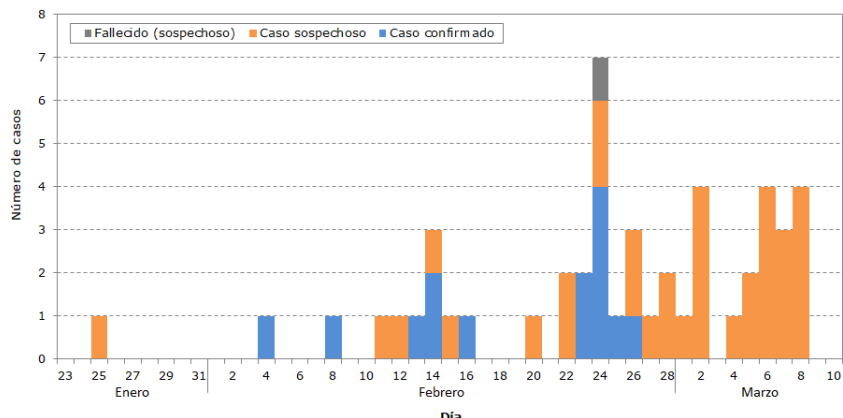


Gráfico 3. Casos notificados, según día de inicio de exantema. Estado de Roraima, Brasil. Del 23 de enero al 10 de marzo de 2018. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

El primer caso fue notificado el 2 de marzo de 2018 y corresponde a un varón de 46 años, con fecha de inicio de exantema el 24 de febrero de 2018, residente del distrito de Callao, con lugar probable de infección en investigación. Durante el periodo de incubación, el caso se desplazó entre Lima-Callao y el distrito de Vilque Chico (Puno).

El segundo caso fue notificado el 12 de marzo y corresponde a un varón de 16 años, con fecha de inicio de exantema el 28 de febrero el cual fue identificado como parte de una búsqueda activa en la ciudad de Juliaca, distrito de San Román, Puno.

La confirmación de laboratorio de ambos casos se realizó a través de pruebas serológicas y moleculares en el Instituto Nacional de Salud (INS).

No se ha identificado casos importados o relacionados a otro caso importado que pudiera ser la fuente de contagio de los casos confirmados.

Acciones implementadas:

- Aislamiento domiciliario de los casos confirmados.
- Intensificación de las actividades de vacunación, incluyendo actividades de vacunación alrededor de la residencia y en las áreas por donde circularon los casos durante el periodo de infectividad.
- Búsqueda y seguimiento de contactos.
- Búsqueda activa institucional y comunitaria de casos sospechosos de sarampión. A la fecha, se han identificado 44 casos sospechosos, de los cuales 35 fueron descartados por laboratorio, 1 fue confirmado (segundo caso) y 8 se encuentran en proceso de evaluación por el laboratorio nacional de referencia, el INS.

El último caso autóctono reportado en Perú fue en el año 2000 en el distrito Ventanilla (Región Callao).

Venezuela: Desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 7 de 2018 se confirmaron 8.861 casos de sarampión (666 por laboratorio y 220 por nexo epidemiológico), incluidas dos defunciones. Por año, el mayor número de casos se registró en la SE 38 de 2017 y la SE 3 de 2018 (ver Gráfico 4).

El 82% de los casos confirmados se registraron en el estado Bolívar, aunque también se notificaron casos en los estados Apure, Anzoátegui, Delta Amacuro, Distrito Capital, Miranda, Monagas, Vargas y Zulia. El municipio Caroní (estado Bolívar) es el epicentro del brote. La diseminación del virus

hacia otras áreas geográficas se explica, entre otros factores, por el elevado movimiento migratorio de la población, generado por la actividad económica formal e informal en torno a la actividad minera y comercial. La mayor tasa de incidencia de casos confirmados se observa en los menores de 5 años, seguido del grupo de 6 a 15 años.

Como parte de la intervención, se diseñó un Plan de Respuesta Rápida Nacional para interrumpir la transmisión del virus, que incluye la conformación de equipos de respuesta rápida regional y municipal, la implementación de estrategias y actividades de vacunación, vigilancia epidemiológica, búsqueda e investigación de casos y capacitación del personal de salud, con el apoyo técnico del nivel nacional. El país ha dispuesto más de 6 millones de dosis de vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis) y doble viral (sarampión y rubéola) para aumentar las coberturas de vacunación en niños y adolescentes con miras a interrumpir la circulación del virus.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a todos los Estados Miembros a:

- Vacunar para mantener coberturas homogéneas de 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis, en todos los municipios, tal como se propone en el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023*. Se recomienda mantener una reserva de vacuna doble viral para acciones de control de casos importados en cada país de la Región.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado.
- Brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, sub nacional y local).³

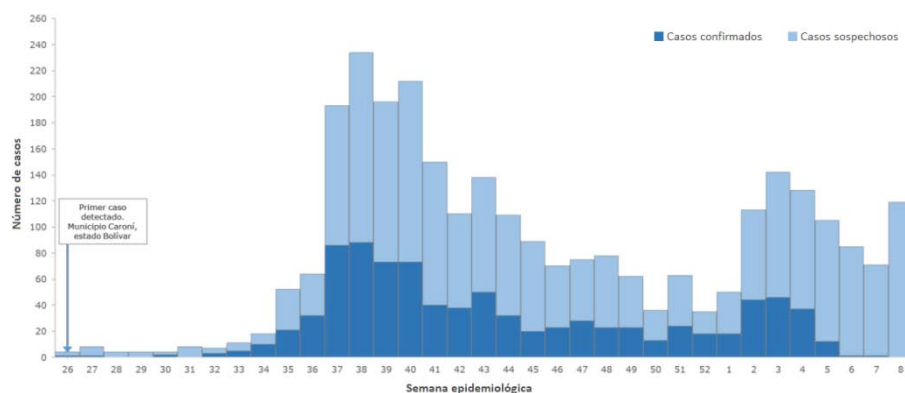


Gráfico 4. Casos notificados, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Venezuela. Desde SE 26 de 2017 hasta SE 8 de 2018. Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela.

³ Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).



Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla

14 de marzo de 2018 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

El Ministerio de Salud de Brasil actualizó el 14 de marzo la información sobre la situación de la fiebre amarilla en el país. En el período de monitoreo (del 1 de julio de 2017 al 13 de marzo de 2018), se confirmaron 920 casos de fiebre amarilla en el país, 300 de los cuales fueron fatales. En total, se notificaron 3.483 casos sospechosos, de los que 1.794 fueron descartados y 769 permanecen en investigación.

Entre julio de 2016 y el 13 de marzo de 2017, se habían confirmado 610 casos y 196 muertes. Desde el año pasado, los informes sobre fiebre amarilla siguen la estacionalidad de la enfermedad, que ocurre, mayormente, en el verano. Por lo tanto, el período analizado desde entonces es del 1 de julio al 30 de junio del año siguiente.

Aunque los casos del actual período de monitoreo han sido superiores a los de la temporada anterior, el virus de la fiebre amarilla hoy circula en regiones metropolitanas del país con mayor densidad poblacional, alcanzando a 32 millones de personas que viven, incluso, en áreas que nunca tuvieron recomendación de vacuna. En la temporada pasada, por ejemplo, el brote alcanzaba a una población de 8,9 millones de personas.

Esto explica que la incidencia de la enfermedad en este período sea menor que en la temporada previa. La incidencia de la enfermedad en el período 2017/2018, hasta el 13 de marzo, es de 2,7 casos cada 100.000 habitantes. En igual período de la temporada 2016/2017, la incidencia fue de 6,8 cada 100.000 habitantes.

Campaña

Los datos preliminares enviados al Ministerio de Salud por las Secretarías de Salud de los estados de Bahia, Rio de Janeiro y São Paulo informan que los tres estados, antes de comenzar la Campaña de Vacunación, ya habían inmunizado aproximadamente a 11,3 millones de personas. En el transcurso de la Campaña, hasta el día 13 de marzo, fueron vacunadas 17,8 millones de personas, lo que corresponde a 78,6% de la población objetivo. Se vacunaron 8,8 millones de personas en São Paulo (94,9%), 6,9 millones en Rio de Janeiro (68,5%) y 1,8 millones en Bahia (54,3%).

Unidad Federativa/Región	Casos				Muertes	Tasa de letalidad (%)
	Notificados	Descartados	En Investigación	Confirmados		
Acre	1	1	—	—	—	—
Amapá	3	2	1	—	—	—
Amazonas	7	4	3	—	—	—
Pará	27	21	6	—	—	—
Rondônia	9	8	1	—	—	—
Roraima	2	2	—	—	—	—
Tocantins	16	11	5	—	—	—
Norte	65	49	16	—	—	—
Alagoas	8	2	6	—	—	—
Bahia	44	27	17	—	—	—
Ceará	2	1	1	—	—	—
Maranhão	5	2	3	—	—	—
Paraíba	3	—	3	—	—	—
Pernambuco	3	2	1	—	—	—
Piauí	7	4	3	—	—	—
Rio Grande do Norte	1	1	—	—	—	—
Sergipe	2	2	—	—	—	—
Nordeste	75	41	34	—	—	—
Distrito Federal	62	44	17	1	1	100,00
Goiás	51	33	18	—	—	—
Mato Grosso	2	2	—	—	—	—
Mato Grosso do Sul	7	5	2	—	—	—
Centro-Oeste	122	84	37	1	1	100,00
Espírito Santo	98	75	18	5	—	—
Minas Gerais	1.157	448	294	415	130	31,33
Rio de Janeiro	199	23	53	123	49	39,84
São Paulo	1.622	974	272	376	120	31,91
Sudeste	3.076	1.520	637	919	299	32,54
Paraná	76	68	8	—	—	—
Rio Grande do Sul	35	20	15	—	—	—
Santa Catarina	34	12	22	—	—	—
Sur	145	100	45	—	—	—
Total	3.483	1.794	769	920	300	32,61

Tabla 2. Casos humanos notificados, según región, unidad federativa y clasificación. Brasil. Del 1 de julio de 2017 al 13 de marzo de 2018. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

Estados Unidos: La influenza causó la muerte de 128 niños en lo que va de la temporada



16 de marzo de 2018 – Fuente: EFE

Un total de 128 niños han muerto a causa de la influenza en lo que va de la actual temporada de esa enfermedad viral, catalogada como la más severa que se registra en Estados Unidos en los últimos años, informaron hoy los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

De acuerdo con los últimos datos difundidos por las autoridades sanitarias, que incluyen cifras hasta el pasado 10 de marzo, en la última semana murieron nueve menores como consecuencia de la epidemia.

Sin embargo, los CDC informaron que la actividad relacionada con el virus disminuyó entre el 4 y el 10 de marzo.

El informe semanal revela también que entre el 1 de octubre de 2017 y el 10 de marzo hubo más de 25.500 casos de influenza confirmados por pruebas de laboratorio que han derivado en hospitalizaciones.

La mayoría de los niños que han muerto este año, como en años anteriores, no habían sido vacunados contra la influenza, se concluye con base en los datos acumulados en esta temporada.

La última vez que el país enfrentó una epidemia similar fue en el período 2014-15, recordó el Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias.

En esa temporada murieron 148 menores de edad debido a la influenza, mientras que los dos años siguientes las cifras fueron de 92 y 110, respectivamente.

Según la agencia federal, la actual temporada de influenza está dominada por la cepa A(H3N2), para la que la vacuna se ha mostrado menos eficaz que en años anteriores.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos publicaron un estudio sobre un brote de triquinosis en California el año pasado que estuvo relacionado con el consumo de carne de jabalí criado de manera privada.

En enero de 2017, se notificaron 12 casos de triquinosis entre las personas que asistieron a un evento en diciembre de 2017. Se sirvió *larb*, un plato tradicional laosiano que incluye carne cruda de cerdo. La carne provino de un jabalí (*Sus scrofa*) doméstico que fue criado y sacrificado en una granja privada en el norte de California. Las muestras obtenidas de las sobras de la comida revelaron la presencia de *Trichinella spiralis*. Nueve de estos pacientes fueron hospitalizados con sepsis. Siete presentaban insuficiencia renal aguda.

La triquinosis es una infección parasitaria. Solía estar relacionado con el cerdo en Estados Unidos, cuando estos animales eran alimentados con basura y desechos. Los estrictos estándares alimentarios han reducido la prevalencia de la triquinosis en este país, pero las personas que consumen carne cruda o poco cocida de animales silvestres o de cerdo proveniente de criaderos privadas todavía están en riesgo.

Un médico notificó al Departamento de Salud Pública del Condado de Alameda el 15 de enero de 2017 sobre un paciente con sospecha de triquinosis. Al menos otros tres familiares y amigos también presentaban síntomas tales como fiebre, dolor abdominal, mialgia, diarrea y vómitos. Además, comenzaron a llegar más reportes de sospecha de triquinosis.

Fueron entrevistadas 20 de las 29 personas potencialmente expuestas. Se recopiló información clínica y de exposición de todos los entrevistados y se solicitaron registros médicos de los pacientes con sospecha de diagnóstico de triquinosis de hospitales y proveedores de servicios ambulatorios.

Los nueve pacientes hospitalizados presentaron sepsis; siete tenían insuficiencia renal aguda; y dos sufrieron hemorragia gastrointestinal. Ocho pacientes eran sospechosos de presentar trastornos musculoesqueléticos. Seis tenían niveles elevados de pico de troponina, los que indica daños en el miocardio.

Los investigadores encontraron larvas de *Trichinella* en la carne cruda del cerdo. Se enviaron muestras a los CDC, donde se identificaron como *Trichinella spiralis*.

El anfitrión del evento, el dueño de la granja donde se fue criado el jabalí, dijo que a los animales solo se les da alimento comercial y nunca carne cocida o cruda, desechos o basura. Pero que animales pequeños, como los pollitos, suelen entrar al corral cercado y son devorados por los cerdos. Pequeños mamíferos infectados con *Trichinella* podrían haber ingresado también al corral y haber sido comidos.

Al anfitrión del evento se le instruyó sobre como reducir el riesgo de triquinosis, congelando la carne cruda durante 30 días y luego cocinándola a una temperatura interna mínima de 75°C para matar a las larvas. Se comprometió a no servir carne cruda de cerdos de su granja en el futuro.

Si bien la triquinosis es rara en Estados Unidos, es una amenaza para la salud pública, especialmente entre las poblaciones que consumen carne cruda o poco cocida de animales silvestres o de fuentes no comerciales. Los cerdos criados y sacrificados en el hogar no están sujetos a los mismos estándares de seguridad e inspección que los cerdos producidos comercialmente. Y los cerdos criados en el hogar, con acceso al aire libre, pueden adquirir parásitos zoonóticos, incluyendo *Toxoplasma gondii* y *Ascaris suum*. Educar a las personas que crían cerdos para consumo personal puede mitigar estos riesgos.⁴

LA PRENSA Nicaragua: Combatir la malaria es cada vez más difícil

17 de marzo de 2018 – Fuente: La Prensa (Nicaragua)

El cambio climático, los desplazamientos de la población, el avance de la frontera agrícola y las barreras culturales, son algunos de los factores que identifica el director del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), Miguel Ángel Orozco Valladares, como los posibles causantes de que el mosquito transmisor del parásito de la malaria –que está afectando el Caribe nicaragüense– sea más resistente.

“La malaria no está dentro de nuestra lista de problemas de salud, pero comienza a serlo. El cambio climático afecta el ciclo de vida del vector –el mosquito *Anopheles*–, el calentamiento global, el desplazamiento de la población, la agricultura y el uso de insecticidas pueden estar provocando algún tipo de resistencia del vector”, expresó Orozco.

Para el experto en Salud Pública, otro factor que incide en el repunte de la epidemia de malaria en el Caribe nicaragüense, es que por muchos años el mosquito permaneció en zonas montañosas donde no se podía combatir debido a la barrera cultural.

“Había una barrera cultural en parte de la población, que no consideraba al mosquito como un problema, y no estaba dentro de su agenda de prioridades la lucha contra él, y por eso permaneció en muy baja presencia”, dijo Orozco.

“Ahora la población se desplaza hacia las plantaciones de palma africana, va hacia los polos de desarrollo que se han levantado ante tanto empuje de la agricultura y regresan con malaria. También está el hecho de la migración

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

fuera del país; por ejemplo, el obrero agrícola nicaragüense se desplaza a Honduras o El Salvador, donde todavía hay presencia de malaria y regresa con la enfermedad”, agregó Orozco.

Hasta la última semana de febrero de 2018 el Ministerio de Salud reportó 2.346 casos de malaria, lo que representa un aumento de 74,6% con relación a los 1.344 casos registrados en igual periodo del año 2017.

Pero la escalada de casos de malaria viene desde meses atrás, según el Mapa de Padecimientos de la Salud. Durante todo el año 2017, el Ministerio de Salud registró 10.949 casos de malaria por *Plasmodium vivax* y *P. falciparum*, lo que significa que esta epidemia tuvo un repunte de 71,9% en comparación con los 6.369 casos reportados en 2016.

“Es un brote que tiene bastante preocupadas a las autoridades, y nos está haciendo retomar todas las acciones que fueron exitosas anteriormente. Es un brote que nos obliga a considerar todos los cambios que hubo en el proceso biológico, tanto del parásito como del vector”, agregó el director del CIES.



Paraguay: Expertos de la OMS recomiendan declarar al país “libre de malaria”

17 de marzo de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay)

A pocas semanas de conmemorarse el Día Mundial de Lucha contra la Malaria, Paraguay recibe la noticia de que el esfuerzo realizado por varios años hoy da sus frutos, con la recomendación de los expertos para la declaración de “país libre de malaria” por parte de la Organización Mundial de la Salud.

Este organismo internacional culminó la etapa de verificación iniciada en el territorio nacional, mediante la cual pudo comprobar que no se registran casos de transmisión local de malaria en los últimos años y que el sistema sanitario es capaz de prevenir eventuales casos de esta enfermedad. Cabe señalar que la misión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estuvo integrada por seis expertos en el estudio de la malaria, que también llevaron a cabo un estudio de campo en el territorio nacional.



En Paraguay no se registran casos autóctonos desde el año 2012, y el Programa Nacional de Control del Paludismo, dependiente del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), es el encargado de la ejecución del *Plan Estratégico de Prevención de la Reintroducción de la Malaria en Paraguay 2015-2019*.

La eliminación de la malaria no fue tarea fácil, sino un esfuerzo muy grande. Es digno de destacar que el SENEPA ha realizado un trabajo a largo plazo para lograr la reducción de Malaria a cero casos. Este gran logro nacional posibilita que Paraguay hoy esté en el privilegiado sitio de primer país sudamericano en erradicar la enfermedad.

Los logros obtenidos se basan en una estrategia y un plan de acción fundamentados en los siguientes componentes:

- Prevención, vigilancia y detección temprana de casos.
- Manejo integrado de vectores.
- Diagnóstico oportuno y tratamiento gratuito y eficaz.
- Promoción, comunicación y alianzas estratégicas con una amplia participación.
- Fortalecimiento de los servicios de salud mediante la capacitación, seguimiento y evaluación de las capacidades locales.
- Ampliación de la cobertura de las redes existentes para el diagnóstico y la vigilancia de la malaria en los servicios de salud.

El SENEPA se fundó a raíz del brote de malaria que sufrió Paraguay en 1957, cuando unas 90.000 personas en 90% del territorio del país contrajeron la enfermedad.

La malaria aún está presente en países concentrados en África, Asia y América, y se calcula que en 2016 hubo 445.000 fallecidos en todo el mundo y 216 millones de casos, según datos de la OMS.

El mundo



España, Comunidad Valenciana: Dos niños sin vacunar provocaron un brote de sarampión en un hospital de Manises

14 de marzo de 2018 – Fuente: El Mercantil Valenciano (España)

Dos menores con sarampión y no vacunados, ingresados el pasado mes de febrero en el Hospital de Manises, son el foco de un brote de la enfermedad que se ha registrado en el centro hospitalario y que afecta ya a 11 personas, aunque la cifra podría aumentar a 16.

Así lo confirmaron ayer fuentes de la Conselleria de Sanidad y de la dirección del hospital que hicieron hincapié en que se están aplicando “todas las medidas preventivas y de control” dictadas por la Dirección General de Salud Pública que intervino ante el brote el 9 de marzo. Ese día ya se había confirmado la infección de un empleado que acudió a Urgencias el día anterior con sintomatología; se ha-



bía dado de baja médica a otro trabajador (el 7 de marzo) y un tercer empleado había acudido también a Urgencias con los mismos síntomas por lo que fue ingresado.

Pese a que el Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSI·F) había hablado de nueve infectados en el brote (cuatro trabajadores y cinco vecinos), lo cierto es que son ya 11 las personas afectadas y otros cinco casos están en estudio, según fuentes de Sanidad.

Según fuentes del sindicato en el hospital, "la cifra podría fácilmente aumentar, ya que los trabajadores en los que se confirmó el diagnóstico el fin de semana, habían estado trabajando durante toda la semana". Se trata de médicos (uno de Urgencias) y dos celadores, que han estado en contacto con mucha gente en el hospital.

Para prevenir el contagio, Salud Pública está revisando a una media de 125 personas por cada uno de los contagiados, y el 12 de marzo se enviaron 600 dosis de vacuna al hospital para iniciar la inoculación de parte de los empleados, que se inició a primera hora de la tarde.

La CSI·F ha criticado que los criterios establecidos por Salud Pública marcan una vacunación para todos los nacidos antes de 1980, cuando la vacuna triple viral no se había generalizado, "aunque dos de los cuatro compañeros afectados nacieron después, en 1981 y 1985".

Esta diferenciación según fecha de nacimiento no ha gustado entre el personal, ya que "hay gente que primero se quiere hacer pruebas para ver si tiene anticuerpos y evitar la vacunación y otros, que no deberían estar incluidos, quieren vacunarse igualmente, y no se está facilitando", añadieron desde la CSI·F. El sarampión es un virus que se contagia muy fácilmente por vía aérea por lo que, además, se han impuesto medidas como el uso de mascarillas.



Francia: Significativo aumento de los casos de sarampión

14 de marzo de 2018 – Fuente: Santé Publique (Francia)

El sarampión está afectando actualmente a varias regiones francesas y el rápido aumento en el número de casos desde el comienzo del año suscita temores de otra gran epidemia en todo el país, como se observó en varios otros países europeos en 2017 o en Francia entre 2008 y 2012. Hasta el momento, son 59 los departamentos afectados por el sarampión. En este contexto, Salud Pública Francia recuerda que la vacunación es la única forma de protegerse contra el sarampión.

Después de disminuir entre 2012 y 2016, el número de casos de sarampión ha aumentado significativamente desde noviembre de 2017. Entre el 6 de noviembre de 2017 y el 12 de marzo de 2018, se han reportado 913 casos.

Esta situación es el resultado de una cobertura de vacunación inadecuada en bebés (79% con dos dosis de vacuna, en lugar del 95% necesario), niños y adultos jóvenes. Casi nueve de cada 10 casos de sarampión se presentaron en personas que no recibieron la vacuna o que la recibieron de manera incompleta.

La mayor incidencia de casos corresponde a los niños menores de 1 año.

En febrero se produjo la muerte de una mujer no vacunada, de 32 años de edad. Son 21 las muertes por sarampión registradas en el país desde 2008.

El fuerte aumento en el número de casos desde noviembre de 2017 en la región de Nouvelle-Aquitaine, que registra 50% de los casos del país, se prolonga en 2018, con la aparición de varios brotes epidémicos en esta región, así como en otras regiones francesas.

Una persona con sarampión puede infectar de 15 a 20 personas

El sarampión es una infección viral altamente contagiosa y potencialmente grave para la cual no existe cura. Afecta no solo a los niños pequeños sino también a los adolescentes y adultos jóvenes. Es causado por un virus respiratorio que se transmite por la proyección de gotas salivales o respiratorias, especialmente durante la tos y los estornudos. La contagiosidad de los casos de sarampión comienza aproximadamente cuatro días antes de la erupción y dura hasta aproximadamente cuatro días después de su aparición.

La vacuna es la única forma de protección

Salud Pública Francia recuerda la necesidad de una cobertura de vacunación elevada en la población (de al menos 95% con dos dosis de la vacuna en niños y adultos jóvenes). Dicha protección colectiva eliminaría la circulación de la enfermedad y, por lo tanto, también protegería a las personas que no pueden vacunarse (bebés menores de un año, mujeres embarazadas, personas inmunodeprimidas). Por lo tanto, es imperativo que todas las personas nacidas después de 1980 hayan recibido dos dosis de la vacuna. Actualmente ningún departamento del país alcanza la tasa requerida de 95% para interrumpir la circulación del virus.

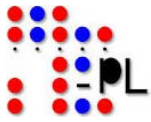
La ocurrencia de varios brotes nosocomiales también debería alentar a los profesionales de la salud y cuidadores de casos de sarampión a actualizar rápidamente su estado de vacunación con respecto a esta enfermedad.

La implementación de medidas de profilaxis post-exposición (vacunación o inmunoglobulina polivalente) es esencial para el entorno cercano de un paciente con sarampión.

Desde el 1 de enero de 2018, la vacuna contra el sarampión es obligatoria para los niños, que deben recibir una dosis de la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) a los 12 meses de edad y una segunda dosis entre los 16 y 18 meses.

Cuantas más personas se vacunen, menor es el riesgo de que se produzca una epidemia.⁵

⁵ Puede consultar el informe completo, en francés, haciendo clic [aquí](#).



Mozambique procurará atender al menos a 90% de los casos de VIH/Sida para 2020

15 de marzo de 2018 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Las autoridades sanitarias mozambiqueñas buscan atender al menos a 90% de los casos de VIH/sida para 2020, afirmó la ministra del sector, Nazira Karimo Vali Abdula.

El país africano, que cuenta con una población de 28,8 millones de habitantes, tiene más de 2,1 millones pacientes con esa enfermedad, lo que confirma las preocupaciones de ese país con el aumento de su incidencia en el periodo 2013-2017.

A fines del año pasado, el Gobierno reportó la existencia de 1,9 millones, lo que supone un incremento en 200.000 de los afectados.

De acuerdo con la ministra, 64% de los enfermos conocen su condición y 54% recibe tratamientos antirretrovirales.

“Trabajamos en la sensibilización de la población sobre la enfermedad, para aumentar la percepción de riesgo”, expuso Abdula, quien expresó su preocupación por la baja presencia masculina en los tratamientos e incluso la influencia para que mujeres los abandonen, después de comenzados.

La ministra señaló los estigmas y la discriminación como los mayores problemas que deben enfrentar los enfermos, lo que a veces provoca que no busquen informaciones, servicios, cuidados clínicos, y la adopción de métodos y comportamientos más seguros.

La pandemia del sida representa un serio problema de salud en Mozambique, con implicaciones para el futuro, pues la franja etaria de 15-49 años es la más afectada, con 13,2% del total de casos.



Omán: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV

15 de marzo de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 4 de marzo de 2018, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Omán notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo caso confirmado por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV).

Se trata de un ciudadano omaní de 74 años de edad, residente en Al-Batinah, que inició síntomas el 23 de febrero de 2018. El paciente no había viajado recientemente ni había tenido contacto con ninguna persona con síntomas respiratorios o con un caso conocido de MERS-CoV. Informó haber estado atendiendo dromedarios (*Camelus dromedarius*) que, según se comprobó, estaban enfermos. La investigación de la exposición del paciente en los 14 días previos al inicio de los síntomas todavía está en curso.

Antes de este caso, el último confirmado por laboratorio de MERS-CoV en Omán se había informado en noviembre de 2017.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 2.144 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 750 muertes relacionadas.

Respuesta de salud pública

Están en curso la identificación, el rastreo y el seguimiento de los contactos familiares y entre los trabajadores de la salud, incluido el examen para MERS-CoV. Todos los contactos identificados serán monitoreados durante 14 días a partir de la última fecha posible de exposición.

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 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.

País/Región	Casos	%	Muertes	%	Tasa let.
Arabia Saudí	1.767	82,42	670	89,33	37,92
Emiratos Árabes Unidos	87	4,06	13	1,73	14,94
Jordania	27	1,26	10	1,33	37,04
Qatar	22	1,03	6	0,80	27,27
Omán	11	0,51	3	0,40	27,27
Irán	6	0,28	1	0,13	16,67
Kuwait	4	0,19	2	0,27	50,00
Túnez	3	0,14	1	0,13	33,33
El Líbano	2	0,09	—	—	—
Bahrein	1	0,05	1	0,13	100,00
Egipto	1	0,05	—	—	—
Yemen	1	0,05	1	0,13	100,00
Mediterráneo Oriental	1.932	90,11	708	94,40	36,65
República de Corea	186	8,68	36	4,80	19,35
Filipinas	3	0,14	—	—	—
Malasia	2	0,09	1	0,13	50,00
Pacífico Occidental	191	8,91	37	4,93	19,37
Gran Bretaña	3	0,14	2	0,27	66,67
Austria	2	0,09	—	—	—
Francia	2	0,09	1	0,13	50,00
Países Bajos	2	0,09	—	—	—
Alemania	1	0,05	—	—	—
Grecia	1	0,05	—	—	—
Italia	1	0,05	—	—	—
Turquía	1	0,05	1	0,13	100,00
Europa	13	0,61	4	0,53	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	0,13	50,00
África	2	0,09	1	0,13	50,00
Total mundial	2.144	100,00	750	100,00	34,98

Tabla 3. Casos y muertes notificados a la OMS, y tasa de letalidad, por país y región. Datos al 15 de marzo de 2018. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

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.



Sudáfrica: El brote de listeriosis está en proceso de control

16 de marzo de 2018 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dijo el 16 de marzo que el brote de listeriosis en Sudáfrica, el mayor del que se tiene constancia, está en proceso de ser controlado dado que se ha podido identificar la causa de la epidemia.

La listeriosis es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*, que se encuentra en la comida no pasteurizada –principalmente carnes crudas, carnes procesadas o productos lácteos– y que tiene una alta tasa de letalidad, dado que entre 20 y 30% de las personas que la contraen fallecen.

En enero de 2017 comenzó un brote en Sudáfrica que todavía no ha finalizado. Hasta el 12 de marzo se han contabilizado 978 infectados por la enfermedad, de los cuales 180 han muerto. La tasa de letalidad de este brote se ha situado en 27%.

El experto en contaminación alimentaria de la OMS, Peter Ben Embarek, explicó que los casos de listeriosis son muy complejos de investigar a causa de que el periodo de incubación es muy largo, entre una y dos semanas, por lo que una vez la enfermedad se manifiesta, el enfermo no se acuerda de todo lo que comió 15 días atrás.

Hace dos semanas se identificó que un tipo de salchicha muy común en el país era la causa originaria del brote, y desde entonces se han retirado de los puntos de venta dichos productos, no solo en Sudáfrica, sino también de otros 15 países donde se habían exportado.

“A partir de ahora es cuando el brote debería remitir, porque la causa primigenia se ha retirado, por lo que no debería haber más contagios y los enfermos están siendo tratados”, afirmó el experto.

No obstante, alertó que 9% de los infectados no tienen la misma cepa que el resto, y se desconoce si el problema es que existe otro brote que ocurre en paralelo y cuya causa es distinta, o que algunos de los pacientes son portadores de dos cepas distintas.

Con respecto a un caso de listeriosis ocurrido en Namibia, por ahora las autoridades desconocen si es un caso exportado desde Sudáfrica o se trata de otro brote.



Yemen: Fueron vacunados contra la difteria 2,7 millones de niños

16 de marzo de 2018 – Fuente: EFE

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y las autoridades yemeníes finalizaron una gran campaña de vacunación contra la difteria para 2,7 millones de niños.

Los niños tenían entre seis semanas y 15 años y fueron vacunados en 11 gobernaciones del Yemen, informó la OMS en un comunicado.

La campaña se centró en las localidades donde se reportaron casos sospechosos de difteria y en las áreas de riesgo de contagio de esta enfermedad respiratoria infecciosa.

Para la campaña fueron movilizados 6.000 trabajadores de salud, indicó la OMS.

El brote de difteria fue detectado en octubre de 2017 y se extendió rápidamente por el país, infectando a más de 1.300 personas y causado la muerte de más de 70 yemeníes. Casi 80% de los casos fueron niños y adultos jóvenes menores de 25 años.



Yemen está sumido en una guerra civil entre el gobierno reconocido internacionalmente, que cuenta con el respaldo de una coalición liderada por Arabia Saudí, y rebeldes chiíes apoyados por Irán desde marzo de 2015.

El estancado conflicto ha dañado las infraestructuras del país, paralizó el sistema sanitario y dejó a la nación al borde de la hambruna.

Publicidad relacionada con la salud

World TB Day

March 24

TB Elimination: Now Is the Time!

www.cdc.gov/tb

Centers for Disease Control and Prevention (2004. 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.