



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.

2.035

28 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)

Córdoba

- Córdoba: Recomiendan precaución ante dos casos de triquinelosis

Argentina

- Vigilancia de rabia animal
- Ya son dos los argentinos muertos por fiebre amarilla luego de viajar a Brasil
- Chubut, Trelew: Murió una niña por síndrome urémico hemolítico
- Neuquén, San Martín de los Andes: Alerta por una muerte por hantavirus

América

- Estados Unidos: Se registraron 205 casos de botulismo en 2016
- Estados Unidos: Los niños con autismo presentan tasas más bajas de vacunación

- Paraguay registró la décima muerte por dengue y 2.184 casos confirmados en 2018

El mundo

- África: La tuberculosis, una epidemia silenciosa que no cede terreno
- Europa: Un brote de listeriosis afecta a varios países de la Región
- Francia, La Réunion: Reportan 42 casos de leptospirosis en lo que va del año
- Nigeria: Actualización sobre la situación de la fiebre hemorrágica de Lassa
- Yemen: El UNICEF alerta de un nuevo brote de cólera
- Situación mundial de la poliomielitis

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/

SLAMVISociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

FORMACION EN MEDICINA DEL VIAJERO

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

Córdoba

Ministerio de SALUD | GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

Córdoba: Recomiendan precaución ante dos casos de triquinelosis

27 de marzo de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, a través del Programa de Zoonosis, informó sobre la ocurrencia de casos sospechosos de triquinelosis y advirtió sobre los riesgos de consumir o comprar carne de cerdo de dudosa procedencia o sin la inspección sanitaria correspondiente.

Hasta la fecha, se notificaron dos casos de personas con síntomas compatibles con esta enfermedad, los cuales fueron atendidos en hospitales provinciales de la ciudad de Córdoba. Se trata de dos varones de 18 y 38 años, sin relación entre sí. Por el momento no se identificó la fuente de infección ni el sitio de venta, ya que los pacientes relatan consumo de diversos productos derivados de cerdos, entre ellos carne asada, salame y fiambres comprados en diversos comercios.

La investigación y los controles pertinentes están siendo realizados por el Programa de Zoonosis, el Área de Epidemiología del Ministerio de Salud de Córdoba, la Dirección de Calidad Alimentaria de la Municipalidad de Córdoba, con participación al Centro de Epidemiología de la Municipalidad.



Argentina

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Vigilancia de rabia animal

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

En el año 2018, hasta la semana epidemiológica 12, se han registrado 41 casos de rabia animal en el territorio argentino. De ese total, 38 casos corresponden a rabia en murciélagos (7 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 15 en la provincia de Buenos Aires, 9 en Córdoba, 4 en La Pampa, 1 en Chubut, 1 en Río Negro y 1 en Santa Fe); 1 caso en un perro en Córdoba (en proceso de determinación de variante por el laboratorio de referencia); y dos casos en gatos (1 en Buenos Aires y 1 en Córdoba, este último en proceso de determinación de variante por el laboratorio de referencia).

A pesar de que el número de casos notificados en 2018 parece elevado, se registra una tendencia creciente en la notificación de casos de rabia con ciclo aéreo (murciélagos), en concordancia con los últimos años. Las variantes diagnosticadas hasta el momento pertenecen también al ciclo aéreo (3, 4, 6), con un caso de *spillover*¹ en un felino en la provincia de Buenos Aires. Durante este periodo no ha sido detectada la circulación de variantes terrestres (1 y 2). Quedan por determinar las variantes del virus rábico responsables de los casos en un perro y un gato en la provincia de Córdoba durante la semana epidemiológica 12.

¹ El término *spillover* proviene del inglés, y puede traducirse como "derrame". En este caso se aplica a la dispersión de un germen desde una especie animal con la que ha "convivido" durante milenios, a otras especies y al hombre.

El alerta por la fiebre amarilla en la Argentina sigue aumentando. Dos hombres que viajaron a Brasil, sin haberse vacunado, murieron por fiebre amarilla a su regreso al país, según confirmaron fuentes del Ministerio de Salud de la Nación.

Las dos víctimas masculinas, de 69 años, una de Río Negro y otra de la localidad bonaerense de Lanús, son parte del rango etario –personas de más de 60 años– en el que la vacuna está contraindicada. Fallecieron en el transcurso de la semana epidemiológica 12 (del 18 al 24 de marzo).

Hasta el 23 de marzo, en el marco de la emergencia de fiebre amarilla en la región, se notificaron en Argentina 7 casos de fiebre amarilla importados con antecedente de viaje a Brasil, y sin antecedentes de vacunación. Seis de los 7 casos tienen el antecedente común de haber visitado Ilha Grande, en Rio de Janeiro, además de otros destinos en Brasil, y el caso restante había visitado Ouro Preto, en el estado de Minas Gerais.

De los casos restantes, tres se encuentran de alta y dos permanecen internados. Cinco de los diagnósticos fueron corroborados por el Laboratorio Nacional de Referencia, del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) 'Dr. Julio Isidro Maiztegui', y se aguarda la confirmación de dos de los casos notificados.

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura y asequible, y una sola dosis es suficiente para conferir protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo.

Sin embargo, está contraindicada para los menores de 9 meses, excepto durante las epidemias, situación en la que también se deben vacunar los niños de 6-9 meses en zonas con alto riesgo de infección; los mayores de 60 años; las embarazadas, excepto durante los brotes de fiebre amarilla, cuando el riesgo de infección es alto; las personas con alergia grave a las proteínas del huevo, y las personas con trastornos del timo o inmunodeficiencias graves debidas a infección sintomática por VIH/sida u otras causas.

La vacunación en los mayores de 60 años

No hay una contraindicación respecto de que los mayores de 60 años se vacunen contra la fiebre amarilla, sino una precaución. En cada caso, hay que sopesar el riesgo y el beneficio.

Es que después de los 60 años, el sistema de defensas del cuerpo humano empieza a disminuir su efectividad. Es por eso que una persona de esa edad se encuentra más expuesta a los efectos adversos de esta vacuna, que introduce en el cuerpo un virus vivo, aunque atenuado. La posibilidad de que, como efecto adverso de la vacuna, la persona desarrolle la misma enfermedad que produce el virus en estado salvaje es de una en un millón en personas de menos de 60 años, y aumenta a una en cien mil personas si son mayores. El riesgo vuelve a aumentar pasados los 70 años, ya que el sistema de defensas continúa su decaimiento.

En principio, se desaconseja el viaje a las zonas de riesgo a las personas que no se hayan vacunado. En todos los casos se evalúan otros factores: si la persona ha pasado hace poco por un trasplante o un tratamiento de quimioterapia, o si atraviesa un tratamiento crónico que también disminuya sus defensas, con corticoides, por ejemplo.

En el caso de los mayores de 60 años, para evaluar si es más riesgoso aplicarse la vacuna que no, tiene que ver con la zona a la que viaje esa persona. Si por ejemplo se dirige a un área en la que históricamente hubo fiebre amarilla, como la cuenca amazónica, pero actualmente no hay un foco específico, no se recomienda.

Pero si viaja a una zona como Ilha Grande, en la que se produjo el contagio de 6 de los 7 argentinos que contrajeron la enfermedad y en la que hay un foco muy caliente en este momento, sí se recomienda. Es decir, si existe mayor riesgo de contraer la enfermedad en estado salvaje que de desarrollar un efecto adverso de la vacuna, entonces conviene la aplicación. Siempre se firma un consentimiento informado en el que están explicados esos efectos adversos, que no son sólo la posibilidad de desarrollar la enfermedad, sino un posible compromiso neurológico.

Brasil es un destino muy querido por los argentinos y hasta hace un año y medio, se consideraba que su costa era muy segura. Pero ya no, y empeora cada vez más.

Trasplante de hígado

Mucho se ha debatido acerca de la necesidad de aplicar o no la vacuna contra la fiebre amarilla, y sobre los estados de Brasil que requerían la inmunización. También se dijo que los turistas en tránsito no debían hacerlo.

Seguramente en alguno de estos "teléfonos descompuestos" se basó un joven de 24 años, quien se embarcó en un crucero por las costas del país vecino sin aplicarse la vacuna "porque solo iba a bajar un par de horas del barco".

Lo cierto es que tras su paso por Ilha Grande, frente a Rio de Janeiro, regresó a Argentina con síntomas compatibles con fiebre amarilla, y tras una primera consulta en el Sanatorio de La Trinidad de Ramos Mejía, adonde concurrió por recomendación de su prepa, le realizaron los estudios serológicos y confirmaron el diagnóstico.

En pocas horas el paciente tuvo una evolución catastrófica del cuadro y debió ser declarado en emergencia nacional para trasplante de hígado. Se lo derivó al centro de trasplante del Sanatorio de La Trinidad Mitre.

El mismo día que se agravó su cuadro al extremo, un joven de su edad murió en un accidente de tránsito en el Conurbano Bonaerense. Esa coincidencia podría salvarle la vida ya que los padres del joven fallecido decidieron donar sus órganos.

El caso de este turista argentino que se contagió en Brasil se transformó en el primer antecedente de fiebre amarilla en Argentina que requiere un trasplante de hígado. Si bien la intervención fue favorable, hay que esperar. El paciente continúa en grave estado.

El principal escollo que intentan sortear los médicos que lo atienden por estas horas es lograr dar con la medicación indicada para seguir combatiendo el virus, todavía presente en su cuerpo, al tiempo que deben administrarle drogas inmunosupresoras para que no rechace el órgano. El paciente también presentó una falla renal y está siendo asistido con hemodiálisis.

Hubo solo seis trasplantes de hígado por fiebre amarilla en el mundo, y este es el primero que se hace en Argentina.

La fiebre amarilla tiene un período de incubación de tres a seis días. Muchos casos son asintomáticos, pero cuando hay síntomas, los más frecuentes son fiebre, dolores musculares, sobre todo de espalda, cefaleas, pérdida de apetito y náuseas o vómitos. En la mayoría de los casos los síntomas desaparecen en tres o cuatro días.

Sin embargo, según alertó la Organización Mundial de la Salud, un pequeño porcentaje de pacientes entran a las 24 horas de la remisión inicial en una segunda fase, más tóxica. Vuelve la fiebre elevada y se ven afectados varios órganos, generalmente el hígado y los riñones. En esta fase son frecuentes la ictericia, el color oscuro de la orina y el dolor abdominal con vómitos. Puede haber hemorragias orales, nasales, oculares o gástricas. La mitad de los pacientes que entran en la fase tóxica mueren en un plazo de siete a diez días.

elPatagónico Chubut, Trelew: Murió una niña por síndrome urémico hemolítico

27 de marzo de 2018 – Fuente: El Patagónico (Argentina)

Durante el último fin de semana una pequeña de 7 años, oriunda de la ciudad de Trelew, falleció a causa de síndrome urémico hemolítico.

La niña había comenzado con un malestar estomacal y gastroenteritis dos semanas atrás por lo que la llevaron a un centro de salud en la que le recetaron algunos medicamentos hasta tanto tuvieran los resultados del estudio que se realizó.

Al dar positivo fue trasladada a un hospital de Buenos Aires en el que con el paso de los días se complicó aún más su estado de salud. Hace una semana, aproximadamente, comenzó a tener problemas en los riñones y finalmente falleció el 24 de marzo.



La directora de la Escuela N° 189 'Maestro Alejandro del Valle', de barrio Etchepare en la ciudad de Trelew, a la que asistía la niña, comentó que el 25 de marzo el establecimiento estuvo cerrado por duelo, y a su vez que confirmó que van a comenzar a trabajar desde el 27 de marzo con psicólogos con los compañeros de aula de la niña fallecida, ante tan terrible noticia.

Al ser consultada si hubo otro caso similar en este último tiempo, confirmó que fue el único, por lo que desconoce cómo pudo contagiarse la enfermedad.

elPatagónico Neuquén, San Martín de los Andes: Alerta por una muerte por hantavirosis

27 de marzo de 2018 – Fuente: El Patagónico (Argentina)

Un hombre de 32 de años oriundo de San Martín de los Andes y que estuvo trabajando meses atrás en El Bolsón, murió de hantavirosis y crece el alerta en la Cordillera.

Los resultados de los análisis fueron confirmados por la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' de Buenos Aires.

"Dos meses atrás, el joven estuvo haciendo tareas rurales en El Bolsón, que es una zona de riesgo", aseguró Néstor Sáenz, jefe de la Zona Sanitaria IV de la provincia.

El hombre de 32 años falleció el 15 de marzo en el Hospital Zonal 'Dr. Ramón Carrillo' de San Carlos de Bariloche. Unas semanas atrás había hecho consultas por un cuadro con características similares a una gripe. "En este caso, si bien este joven empezó con algunos síntomas, no estaban claros y cuando hizo la consulta ya tenía un deterioro importante y evolucionó rápidamente", detalló Sáenz.

El joven fue reingresado al hospital en la madrugada del 15 de marzo, con un cuadro de fiebre e insuficiencia respiratoria, por lo que fue intubado, pero la situación no se revirtió. Sufrió un paro y murió. "Quemó etapas rápidamente, en cuestión de cinco horas falleció", aseguró Sáenz.

América



Estados Unidos: Se registraron 205 casos de botulismo en 2016

14 de marzo de 2018 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Un total de 205 casos confirmados de botulismo fueron reportados a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos en 2016: 149 casos (73%) de botulismo del lactante, 29 (14%) de botulismo alimentario, 24 (12%) de botulismo por heridas y 3 (1%) de etiología desconocida. Fueron reportados 10 casos probables: ocho transmitidos por alimentos y dos por heridas.

Los 149 casos de botulismo del lactante se informaron en 29 estados y en el Distrito de Columbia, siendo California el estado que más casos reportó (47 casos; 32%). La mediana de edad de los pacientes fue de 4 meses (rango:

0-10 meses); 79 casos (53%) eran varones. Se detectaron los siguientes tipos de toxinas: B (88 casos; 59%), A (54 casos; 36%), Ab (2 casos; 1%), Bf (2 casos; 1%), F (2 casos; 1%) y Ba (1 caso; 1%). No se informaron muertes.

Se informaron 29 casos confirmados de botulismo transmitido por alimentos en siete estados, siendo Mississippi el estado que más casos informó (18 casos; 62%). Entre estos casos, 23 se asociaron con tres brotes en tres estados; los seis casos restantes fueron esporádicos. Un brote asociado con alcohol producido ilícitamente, conocido como *pruno* o *hooch*, en un centro correccional federal, involucró a 18 pacientes en Mississippi y un paciente en Oklahoma que fue transferido antes de que comenzara con los síntomas. Se presume que la causa del segundo brote fue un producto enlatado de manera artesanal (2 casos), y la causa del tercer brote (2 casos) fue desconocida. Los tipos de toxinas fueron A (25 casos; 83%), E (3 casos; 10%) y B (1 caso; 3%). La mediana de edad de los pacientes fue de 39 años (rango: 23-89 años); 24 (80%) eran hombres. Se reportaron dos muertes.

Se informaron 8 casos probables de botulismo alimentario (enfermedad clínicamente compatible, no confirmada por laboratorio, con vínculo epidemiológico con un alimento o bebida sospechosa de estar contaminada con la toxina botulínica) en dos estados. La mediana de edad de los pacientes fue de 36 años (rango: 25-61 años); todos eran hombres. Siete casos se asociaron con el brote de Mississippi, y uno se asoció con el consumo de aceite de foca. No se informaron muertes.

Los 24 casos de botulismo por heridas se informaron en ocho estados, siendo California el que más casos reportó (15 casos; 63%). Un brote en New México se registró entre tres personas que se inyectaron heroína alquitrán negro. Entre los 21 casos esporádicos, 19 ocurrieron entre personas que se inyectaron heroína alquitrán negro, una en una persona que se inyectó metanfetamina y una en una persona con una herida de bala. La mediana de edad de los pacientes fue de 45 años (rango: 25-68 años); 17 (71%) eran hombres. Los tipos de toxinas fueron A (21 casos; 88%) y B (2 casos; 8%); la presencia de toxina se confirmó en la sangre de un paciente pero no había suficiente sangre como para determinar el tipo de toxina. No se informaron muertes.

Los dos casos probables de botulismo por heridas (caso clínicamente compatible sin sospecha de exposición a alimentos contaminados y con un historial en las dos semanas previas a la aparición de una herida fresca o contaminada o uso de drogas inyectables) se informaron en dos estados. Los pacientes de 38 y 58 años se inyectaron heroína alquitrán negro; uno era un hombre. No se informaron muertes.

Los tres casos de botulismo de etiología desconocida se informaron en tres estados. La mediana de edad de los pacientes fue de 66 años (rango: 33-76 años); dos (67%) eran mujeres. Los tipos de toxinas fueron A (2 casos; 67%) y F (1 caso; 33%). Se reportó una muerte. Se sospecha que dos casos se debieron a la colonización intestinal en adultos, una forma rara con un mecanismo similar al del botulismo del lactante. Un caso de botulismo tipo F ocurrió en una mujer embarazada que experimentó muerte fetal durante el segundo trimestre; la vía de exposición no fue determinada.²

JAMA Pediatrics

Estados Unidos: Los niños con autismo presentan tasas más bajas de vacunación

26 de marzo de 2018 – Fuente: *The Journal of the American Medical Association – Pediatrics*

Los niños con trastornos del espectro autista (TEA)³ presentan tasas más bajas de vacunación completa que otros niños y lo mismo sucede con sus hermanos menores.

Este grupo de niños tiene una mayor probabilidad de contraer enfermedades prevenibles y peligrosas. La mayoría de los padres de niños con autismo creen que las vacunas contribuyen al desorden de sus hijos.

La inmunización de las vacunas previene cada año entre 2 y 3 millones de muertes por difteria, tétanos, tos convulsa y sarampión a nivel mundial. Es una de las intervenciones de salud pública más exitosas y de bajo costo, según la Organización Mundial de la Salud.

Algunos padres no permiten que sus hijos sean vacunados y esto, en muchos casos, es debido a temores infundados de que las vacunas pueden causar autismo. Los adultos deben saber que diversos estudios a escala realizados en miles de niños no han encontrado conexión alguna entre cualquier vacuna y el autismo.

Disparidades

En el estudio se incluyó a más de 3.700 niños que habían sido diagnosticados con TEA antes de los 5 años y que habían nacido entre 1995 y 2010. También fueron observados casi 500.000 niños de la misma edad sin trastornos y, específicamente, se analizó si los niños habían recibido todas las vacunas recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Se detectaron grandes disparidades en las tasas de vacunación entre los niños con y sin TEA. Al comparar los dos grupos de niños, se encontró que 80% de los niños con autismo recibieron todas las vacunas recomendadas para niños entre las edades de 4 y 6 años, frente a 94% entre los niños sin autismo.



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

³ Los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de discapacidades de socialización, comunicación y conducta, que tienen síntomas de leves a graves, y suelen ser crónicas. Uno de cada 110 niños es diagnosticado con uno de estos trastornos.

Se los llama "trastornos de espectro" porque afectan de manera distinta a cada persona, aunque presentan algunos síntomas similares, especialmente los relacionados con problemas en la interacción social. Los TEA suelen aparecer antes de los 3 años y duran toda la vida.

También se examinaron los registros de los hermanos menores de los niños en el estudio: hermanas y hermanos nacidos entre 1997 y 2014, quienes tuvieron entre 4% (entre los 4 y 6 años) y 14% (entre los 11 y 12 años) menos de probabilidades de recibir las vacunas recomendadas, en comparación con los hermanos de los niños que no fueron diagnosticados con autismo.

Este estudio pone de manifiesto que tener menores tasas de vacunación entre los niños con autismo y sus hermanos sugiere que podrían tener un mayor riesgo de enfermedades prevenibles con vacunas.

Una forma de abordar las preocupaciones persistentes entre los padres sobre el tema de las vacunas es mejorar la comunicación y la educación entre los médicos y las familias. Ampliar el estudio permitirá comprender mejor las razones por las cuales los padres de niños con autismo decidieron reducir la vacunación de sus hijos.⁴



Paraguay registró la décima muerte por dengue y 2.184 casos confirmados en 2018

26 de marzo de 2018 – Fuente: EFE

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay confirmó hoy la décima muerte por dengue en el país en lo que va del año, con 2.184 casos confirmados y 12.347 probables, con 81% de las notificaciones en Asunción y el departamento Central.

Paraguay registró en 2018 un total de 33.515 notificaciones por presuntos casos de la enfermedad. De esas notificaciones, 18.971 continúan siendo analizadas como casos sospechosos de dengue y 4 de cada 5 se registraron en la capital de Paraguay y el área metropolitana de la ciudad, lugar de residencia de más de 2 millones de personas, con un promedio de 4.905 notificaciones en las últimas tres semanas.

En Asunción, los barrios con mayor número de notificaciones son Zeballos Cué, Botánico y Roberto Luis Petit; aunque hay un total de 28 barrios que han registrado casos confirmados en las últimas semanas.

En el área metropolitana de la capital, hay casos de dengue en todos los distritos que componen esta zona, con mayor número en las ciudades de Mariano Roque Alonso y Limpio, al norte de Asunción, y San Lorenzo, al suroeste.

En cuanto a la fiebre chikungunya, las autoridades sanitarias calculan en ocho la cifra de posibles casos de la enfermedad.

En lo que respecta a la fiebre zika, se ha confirmado un caso en la ciudad de San Lorenzo, en el Gran Asunción, además de seis notificaciones de casos de microcefalia asociados al virus Zika, cuatro de ellos descartados y dos en estudio.

Las autoridades paraguayas declararon la contingencia ambiental a inicios de marzo y previamente ya habían intensificado las intervenciones directas en barrios afectados por brotes de la enfermedad.

El Senado aprobó hace dos semanas el estado de emergencia sanitaria nacional por un plazo de 90 días ante el incremento de los casos de dengue.

Paraguay sufrió en 2013 la peor epidemia de dengue de su historia, con 150.000 casos registrados y 252 muertos en un país de 6,7 millones de habitantes.

El mundo



África: La tuberculosis, una epidemia silenciosa que no cede terreno

24 de marzo de 2018 – Fuente: EFE

La tuberculosis mata a más de 700.000 personas en África cada año, especialmente en el área subsahariana, donde tiene cifras de epidemia generalizada según los expertos, que advierten hoy que se está fallando en estudiar la transmisión y combatir los factores contextuales de contagio.

Aunque a nivel global la enfermedad está declinando, en esta parte del planeta la tendencia es a la inversa.

“África Subsahariana está presa de una epidemia de tuberculosis generalizada. En otras palabras, continúa extendiéndose de una forma endémica y no necesariamente está bien documentada y registrada”, explicó Linda-Gail Bekker, experta del Departamento de Salud de la Universidad de Cape Town, Sudáfrica.

La especialista advirtió que es un problema similar “al del VIH cuando no se trataba”, y que, entretanto, continúa “contagiándose y diseminándose”.

La enfermedad, causada por el germen *Mycobacterium tuberculosis*, se extiende a través del aire, sobre todo en las áreas urbanizadas de nivel socioeconómico bajo, donde la gente vive hacinada y en condiciones difíciles. “De eso se alimenta la tuberculosis. Le encanta esa clase de ambientes”, precisó Bekker.

Además, la enfermedad convierte en un blanco perfecto a los pacientes con sida, una enfermedad que también tiene mayor incidencia en África Subsahariana pero que hoy, al igual que ocurre en el resto del globo, mata menos que la tuberculosis.

La presencia conjunta de las dos enfermedades es un enorme problema –casi la mitad de los africanos fallecidos por tuberculosis también son portadores de VIH, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)–, que se une a otros factores de riesgo como la contaminación o la malnutrición.

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

También influye que adolescentes y niños son el grupo más vulnerable y África tiene una de las mayores generaciones de jóvenes, con una explosión demográfica aún mayor en el horizonte.

“Hay que preguntarse por qué las tasas de tuberculosis bajaron en Norteamérica y Europa (a comienzos del siglo XX). Eso ocurrió mucho antes que los antibióticos fueran descubiertos”, indicó Bekker.

“Probablemente tiene mucho que ver con determinantes sociales y estructurales: el estatus socioeconómico se elevó, la vivienda mejoró, los niños eran separados e iban a las escuelas. Las cosas mejoraron en general en las comunidades y vimos la tuberculosis desaparecer”, continuó.

En términos de incidencia per cápita, países como Lesotho, Namibia y República Centroafricana presentan las peores tasas. En número total de casos, encabezan las listas africanas la República Democrática del Congo, Etiopía, Nigeria y, sobre todo, Sudáfrica, con 244.000 casos reportados en 2016, según la OMS.

“En Cape Town, con casi 4,5 millones de habitantes, registramos más casos de tuberculosis por año que en el conjunto de Estados Unidos, Canadá y Europa juntos”, detalló Bekker.

De acuerdo con el Instituto del Pulmón de la Universidad de Cape Town, en asentamientos informales de las afueras como los de Cape Flats, refugio de miles de desplazados del régimen de segregación racial del apartheid, uno de cada cinco niños está contagiado a los 5 años y, para cuando llega a los 15, la cifra es uno de cada dos.

En ese instituto trabajan Ayanda Qinga y Lettie Semaru, dos mujeres con VIH que contrajeron tuberculosis pero la derrotaron, y ahora ayudan a concienciar sobre los síntomas y riesgos.

“Fue difícil ser diagnosticada en primer lugar y fue difícil hacer el tratamiento, que dura meses. Ahora estoy sana y feliz”, explicó Qinga.

“No era consciente del riesgo. Yo fui diagnosticada de VIH primero y después tenía síntomas de tuberculosis, pero no eran capaces de encontrarla, así que llevó mucho tiempo. Fueron como seis meses y estaba adelgazando y adelgazando”, dijo Semaru.

También en ese centro desarrolla su trabajo el neumólogo Richard van Zyl-Smit, jefe de la unidad de investigación, que contesta con un duro “no” a la pregunta sobre si cree que es realista la meta marcada por la OMS de erradicar la tuberculosis para 2035.

“Es un maravilloso objetivo hacia el que avanzar, pero antes la meta era 2020. No creo que estemos paliando las tasas lo suficientemente rápido ni que los nuevos medicamentos vayan a tener un impacto tan significativo”, lamentó Zyl-Smit.



Europa: Un brote de listeriosis afecta a varios países de la Región

22 de marzo de 2018 – Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control

Un brote de infecciones invasivas por *Listeria monocytogenes*, definida mediante la secuenciación del genoma completo y probablemente relacionada con maíz congelado, ha estado en curso en cinco Estados Miembros de la Unión Europea –Austria, Dinamarca, Finlandia, Gran Bretaña y Suecia– desde 2015. Hasta el 8 de marzo de 2018, se han notificado 32 casos, y seis pacientes murieron por o con la infección.

El análisis de la secuenciación del genoma completo de seis aislados no humanos de *L. monocytogenes* detectados desde 2016 hasta enero de 2018 en Austria, Finlandia, Francia y Suecia encontró que estos aislamientos estaban estrechamente relacionados con el clúster multinacional de *L. monocytogenes* serogrupo IVb, secuencia de multi-locus tipo 6 (ST6). Los aislados no humanos se detectaron en dos muestras diferentes de vegetales mixtos congelados; tres muestras de maíz congelado y una muestra de una superficie donde se podrían haber procesado varios vegetales. El único alimento en común en todas las muestras no humanas fue el maíz.

El análisis de la secuenciación del genoma completo proporciona un fuerte vínculo microbiológico entre los aislados humanos y no humanos, y sugiere una posible fuente de alimentos contaminados relacionada con el maíz congelado, que persiste en la cadena alimentaria al menos desde 2016. La información de la trazabilidad de las tres muestras de maíz congelado apunta a productos de maíz congelados envasados en Polonia y procesados/producidos en Hungría. Dos cepas no humanas adicionales aisladas en Austria de vegetales mixtos congelados con maíz como ingrediente se remontaron al mismo origen común en Hungría. Se necesitan más investigaciones para verificar el punto de contaminación en la cadena alimentaria.

El consumo de maíz congelado ha sido confirmado en dos pacientes, uno en Finlandia y otro en Suecia. Además, un paciente danés informó el consumo de vegetales mixtos congelados, que podrían haber incluido maíz. El paciente finlandés confirmó el consumo de maíz congelado de una marca sospechosa, lo que sustenta el vínculo epidemiológico entre los casos del brote y el maíz congelado. Sin embargo, no se dispone de la trazabilidad ni de la información microbiológica para el maíz consumido por el caso finlandés y el sueco.

Los operadores de empresas alimentarias en Estonia, Finlandia, Polonia y Suecia han retirado del mercado los productos de maíz congelados implicados. Es probable que estas medidas reduzcan significativamente el riesgo de infecciones humanas en estos países. Sin embargo, pueden identificarse nuevos casos invasivos de listeriosis debido al largo período de incubación (1-70 días), la larga vida útil de los productos de maíz congelados y el consumo potencial de maíz congelado comprado por los clientes antes del retiro y consumido sin cocinarse adecuadamente. Además, hasta que se establezca la fuente de contaminación y se implementen las medidas de control, pueden presentarse nuevos casos.

Durante el período 2010-2016, 15 países de la Unión Europea/Asociación Europea de Libre Cambio informaron 63 brotes transmitidos por alimentos debidos a *L. monocytogenes*, que incluyeron 536 casos, 174 hospitalizaciones y 32

muertes. En 32 de estos brotes, la evidencia que sustentaba la asociación con el vehículo alimentario sospechoso era fuerte. Tres brotes con evidencia contundente informados por Alemania, España y Suiza se asociaron con el consumo de "vegetales y jugos y otros productos derivados". Específicamente, Alemania notificó en 2013 un brote asociado con el consumo de ensalada mixta, y otro brote asociado con el consumo de ensalada precortada fue notificado por Suiza en 2014. No se proporcionó información adicional sobre el tipo de vegetales implicados y/o los productos derivados para el tercer brote reportado por España en 2015. En general, estos tres brotes involucraron 37 casos humanos, con cinco muertes. El lugar de exposición fue un hospital o centro de atención médica en el brote alemán, un hogar en el brote suizo; y un restaurante, cafetería, bar, hotel o servicio de catering en el brote informado por España. En 2014, España también notificó un brote con evidencia débil de *L. monocytogenes* asociado con el consumo de verduras y jugos y otros productos derivados, sin mayor información sobre el vehículo alimentario.

Además, dos brotes transmitidos por alimentos causados por *L. monocytogenes* ocurrieron en Dinamarca en 2016, uno de los cuales con evidencia débil de ser causado por *L. monocytogenes* ST6 (genéticamente diferente de la cepa ST6 del brote actual) que involucró cuatro casos con inicio de la enfermedad entre abril de 2016 y julio de 2017, donde aún se desconoce el vehículo alimentario implicado. En 2014 se notificó un brote adicional con evidencia fuerte causado por *L. monocytogenes* ST6 (genéticamente diferente del clúster ST6 actual) y asociado con el consumo de pescado ahumado en frío.⁵

***IMAZPRESS**

Francia, La Réunion: Reportan 42 casos de leptospirosis en lo que va del año

23 de marzo de 2018 – Fuente: Imaz Press (Francia)

El 23 de marzo de 2018, la Agencia Regional de Salud (ARS) reportó 42 casos de leptospirosis en La Réunion en lo que va del año. Una persona ha muerto. El sur de la isla ha sido particularmente afectado.

Las fuertes lluvias pueden favorecer la aparición de ciertas enfermedades, y en particular la leptospirosis. La limpieza de patios y jardines o bañarse en agua dulce después de fuertes lluvias es particularmente riesgoso. A raíz de los últimos episodios de lluvias copiosas en La Réunion, la ARS del Océano Índico quiere aumentar la conciencia sobre la necesidad de reforzar la vigilancia y las medidas de protección a través de la implementación de acciones simples.

El promedio anual de casos registrados entre 2010 y 2017 en La Réunion es de 61 casos, la mayoría de los cuales se producen entre enero y mayo (35-60%). Entre el 1 de enero y el 20 de marzo de 2018, fueron reportados 42 casos, incluyendo una muerte. Este número de casos es mayor que los totales registrados para el primer trimestre de años anteriores, y puede estar relacionado con las fuertes lluvias y los fenómenos climáticos inusuales en los últimos meses, los cuales han afectado especialmente el sur y oeste del país.

La distribución geográfica muestra que el Sur de la isla ha sido particularmente afectado, el Norte y el Oeste están estables, y el Este ha sido menos afectado que en años anteriores. La temporada de lluvias es el periodo de mayor riesgo, debido a que presenta condiciones de temperatura y humedad favorables para la supervivencia en el entorno de las bacterias responsables de esta enfermedad. Los eventos de lluvia intensa conducen a la lixiviación del suelo y la contaminación ambiental.⁶



Nigeria: Actualización sobre la situación de la fiebre hemorrágica de Lassa

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

Entre el 1 de enero y el 18 de marzo de 2018, se han reportado 1.495 casos sospechosos de fiebre hemorrágica de Lassa y 119 muertes relacionadas con la enfermedad en 19 estados de Nigeria: Anambra, Bauchi, Benue, Delta, Ebonyi, Edo, Ekiti, Gombe, Imo, Kaduna, Kogi, Lagos, Nasarawa, Ondo, Osun, Plateau, Rivers, Taraba y el Territorio de la Capital Federal. Durante este periodo, 376 casos se han clasificado como confirmados, nueve como probables, 1.084 como negativos y en 26 están pendientes aún los resultados. Entre los 376 casos confirmados y los nueve probables, se incluyen 95 muertes (tasa de letalidad para casos confirmados y probables = 24,7%).

Entre el 1 de enero y el 18 de marzo, fueron afectados 17 trabajadores de la salud en seis estados (Benue, Ebonyi, Edo, Kogi, Nasarawa y Ondo), cuatro de los cuales han muerto (tasa de letalidad = 23,5%).

Desde el 1 de enero, el número de casos de fiebre de Lassa aumentó entre 10 a 70 casos semanales. Sin embargo, desde mediados de febrero, ha habido una tendencia a la baja en el número semanal de casos reportados.

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

⁶ La leptospirosis es una infección bacteriana zoonótica que se distribuye ampliamente en todo el mundo en climas cálidos, y se transmite a los seres humanos por el contacto directo de la piel erosionada o de las membranas mucosas con la orina de animales infectados o por contacto con el suelo húmedo, la vegetación o el agua que han sido contaminados con la orina de animales infectados. La bacteria *Leptospira* eliminada en la orina puede sobrevivir en agua dulce o el suelo húmedo durante semanas o meses. Muchas especies de animales salvajes y domésticos (incluyendo perros, ganado vacuno, cerdos y especialmente ratas) son susceptibles a la infección renal crónica por la *Leptospira* patógena. Diferentes serovares de *Leptospira* son prevalentes en regiones geográficas particulares. La inadecuada disposición de residuos y escombros brinda hábitats adecuados para la infestación por ratas en entornos urbanos. Los brotes de leptospirosis se producen con frecuencia después de fuertes lluvias, inundaciones con agua dulce, y aumento en el número de roedores. La Réunion experimenta brotes estacionales de leptospirosis, probablemente relacionados con las precipitaciones.

La Réunion, uno de los departamentos de ultramar de Francia, es una isla con una población de alrededor de 800.000 personas situada en el Océano Índico, a unos 943 km al este de Madagascar y aproximadamente 200 km al suroeste de Mauricio, la isla más cercana.

Están operativos centros de manejo de casos de fiebre de Lassa en tres estados: Ebonyi, Edo y Ondo. Los trabajadores de la salud que trabajan en estos centros están capacitados en el control y prevención estándar de infecciones, así como en el uso de equipos de protección personal y manejo de casos. Además, los equipos de campo están investigando activamente los casos sospechosos y las muertes informadas en entornos comunitarios, y se está haciendo un seguimiento de los contactos. Actualmente, tres laboratorios en Abuja, Irrua y Lagos, están operando y analizando muestras para virus Lassa mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El análisis filogenético de 27 virus detectados durante el brote de 2018, realizado en Irrua y el Instituto 'Bernard Nocht', ha mostrado evidencia de múltiples introducciones independientes de diferentes virus y virus similares a los linajes previamente circulantes identificados en Nigeria. Esto destaca el efecto del *spillover* desde la población de roedores más que la transmisión de humano a humano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) continúa apoyando la respuesta al brote, principalmente en la intensificación de la vigilancia, el rastreo de contactos, el fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico, el manejo de casos y la comunicación de riesgos. Además, la OMS continúa trabajando en la estandarización de la guía de tratamiento para todos los centros de tratamiento y la estandarización de los informes.

Respuesta de salud pública

- El 22 de enero se activó en Abuja un Centro de Operaciones de Emergencia (COE) nacional para la fiebre de Lassa, que continúa coordinando las actividades de respuesta en colaboración con la OMS y otros asociados.
- Se ha desarrollado un plan de acción integral de incidentes para orientar las actividades de respuesta e informar las áreas prioritarias para la colaboración con los asociados y la movilización de recursos.
- Se ha desplegado un equipo con personal del Centro Nigeriano de Control de Enfermedades (NCDC) y residentes del Programa Nigeriano de Capacitación en Epidemiología de Campo y Laboratorio (NFELTP) para responder a los brotes en Ebonyi, Ondo y Edo. También se han creado COEs a nivel estatal.
- Los tres estados más afectados –Edo, Ondo y Ebonyi– han instalado unidades de tratamiento de fiebre de Lassa, y ribavirina intravenosa está disponible para el tratamiento de los casos confirmados.
- El NCDC está colaborando con la ONG Alianza para la Acción Médica Internacional (ALIMA), en la gestión de los centros de tratamiento en Owo e Irrua; y con Médicos Sin Fronteras en las intervenciones de control y prevención de infecciones en Abakaliki.
- Se ha intensificado la vigilancia en los estados con brotes activos, y se están cargando los datos de los casos en una base de datos nacional, un sistema de gestión de fiebres hemorrágicas virales.
- El NCDC ha provisto al Hospital Escuela Especializado de Irrua y al Centro Médico Federal de Owo con tiendas de campaña y camas para aumentar la capacidad de internación. El NCDC, con apoyo de la OMS, ha suministrado equipos de protección personal a todos los centros de tratamiento.
- El personal del Hospital Escuela Especializado de Irrua está brindando asesoramiento sobre el manejo de casos clínicos a otros hospitales con casos sospechosos, y se ha establecido una línea de consulta que atiende las 24 horas sobre el manejo de casos de la enfermedad. Se ha establecido un comité para fiebre de Lassa en Abakaliki, para mejorar el cuidado de los pacientes afectados por la enfermedad.
- El NCDC ha desplegado equipos de comunicación de riesgos y participación de la comunidad en Edo, Ondo y Ebonyi, para promover la higiene personal y comunitaria, así como el comportamiento de búsqueda de atención.

Evaluación de riesgos de la OMS

La fiebre hemorrágica de Lassa se transmite a los seres humanos a través del contacto con alimentos o utensilios domésticos contaminados con orina o heces de roedores. Las infecciones de persona a persona y la transmisión en el laboratorio también pueden ocurrir cuando hay contacto sin protección con sangre o fluidos corporales. Aunque la tasa de letalidad general es de 1% en todos los pacientes de fiebre de Lassa (incluyendo los pacientes asintomáticos o con sintomatología leve), suele trepar a 20% o más entre los pacientes hospitalizados con enfermedad grave. El cuidado de apoyo temprano con rehidratación y tratamiento con ribavirina mejora la supervivencia. No existe evidencia que respalde el papel de la ribavirina como tratamiento profiláctico post-exposición a la fiebre de Lassa, excepto para los contactos de alto riesgo.

La fiebre hemorrágica de Lassa es endémica en África Occidental, en Ghana, Guinea, Malí, Benín, Liberia, Sierra Leona, Togo y Nigeria, y es posible que esté presente en otros países de África Occidental.

El actual brote de fiebre Lassa en Nigeria muestra una tendencia decreciente en el número de casos y muertes en las últimas cuatro semanas. Esta tendencia a la baja debe interpretarse con precaución ya que los datos históricos muestran que el período de mayor transmisión no ha sido superado. El sistema de vigilancia se ha fortalecido recientemente. Este es el mayor brote de fiebre de Lassa jamás reportado en Nigeria.

La infección de 17 trabajadores sanitarios destaca la necesidad urgente de fortalecer las prácticas de prevención y control de infecciones en todos los entornos de atención de la salud para todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico presuntivo. Dado el gran número de estados afectados, el triage y el manejo clínico inicial probablemente ocurre en centros de salud que no están preparados adecuadamente para atender a los pacientes afectados por la enfermedad y aumentará el riesgo de infección en los trabajadores sanitarios.

La notificación de casos confirmados en diferentes partes del país y las porosas fronteras con los países vecinos indican un riesgo de propagación a nivel nacional y a los países vecinos. Se mantiene el nivel general moderado de riesgo a nivel regional. Las acciones de salud pública deben enfocarse en fortalecer las actividades en curso, incluyendo la vigilancia, el rastreo de contactos, las pruebas de laboratorio y el manejo de casos. Una mayor coordinación y el intercambio de información con respecto a los casos de fiebre de Lassa y los contactos en Benín también contribuirían a la rápida detección y respuesta a la propagación transfronteriza del brote.

Advertencias de la OMS

La prevención de la fiebre de Lassa se basa en el compromiso de la comunidad y la promoción de condiciones higiénicas para desalentar el ingreso de roedores a los hogares. En los entornos de atención médica, el personal debe implementar consistentemente las medidas de prevención y control de infecciones estándar cuando se atiende a pacientes, para prevenir infecciones nosocomiales.

Los viajeros de áreas donde la fiebre de Lassa es endémica pueden exportar la enfermedad a otros países, aunque esto rara vez ocurre. El diagnóstico de fiebre de Lassa debe considerarse en pacientes febriles que regresan de África Occidental, especialmente si han estado en áreas rurales u hospitales de países donde la enfermedad es endémica. Los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con sospecha de fiebre de Lassa deben comunicarse inmediatamente con los expertos locales y nacionales para obtener orientación y organizar las pruebas de laboratorio y hacer uso de las medidas de control de infecciones apropiadas.



Yemen: El UNICEF alerta de un nuevo brote de cólera

26 de marzo de 2018 – Fuente: Deutsche Welle (Alemania)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) alertó el 25 de marzo del peligro de un nuevo brote de cólera en Yemen si las organizaciones humanitarias no tienen acceso incondicional para distribuir ayuda entre la población del convulso país árabe.

Aunque el número de casos sospechosos ha disminuido en los últimos meses, más de un millón de yemeníes se han visto afectados desde el año pasado por un brote de cólera y diarrea acuosa aguda.

“No nos engañemos. El cólera volverá. La temporada de lluvias comenzará en pocas semanas. Por tanto, si no se realizan grandes inversiones, el cólera golpeará nuevamente a la gente y los niños de Yemen”, advirtió el director regional del UNICEF para Medio Oriente y el Norte de África, Geert Cappelaere.

Del mismo modo, advirtió sobre la crisis humanitaria en la que se encuentran cerca de 11 millones de niños, la práctica totalidad de los menores de edad en Yemen. “Tres años de guerra y décadas de subdesarrollo crónico han hecho algo con los niños de Yemen. Nada bueno, desafortunadamente”, dijo Cappelaere.

El responsable del UNICEF, que acaba de realizar una visita de una semana a Yemen, tanto a áreas rebeldes como a las controladas por las autoridades, afirmó que se ha duplicado la tasa de desnutrición infantil en tres años. El país árabe se ha situado entre los tres peores del mundo en tasas de desnutrición infantil, puntualizó Cappelaere. Asimismo, indicó que cada día cinco niños mueren o son heridos de gravedad en el país, teniendo en cuenta estadísticas de 2017.

Yemen, uno de los países árabes más pobres, está sumido desde hace tres años en un conflicto devastador entre el Gobierno, apoyado por Arabia Saudí, y los rebeldes hutíes, respaldados por Irán.

“Nosotros, como UNICEF, como comunidad humanitaria, estamos perdiendo tiempo valioso discutiendo las condiciones que imponen todas las partes, lo que nos impide entregar ayuda humanitaria”, denunció el director regional de la organización.

Cappelaere realizó la semana pasada una visita a Yemen, durante la cual se desplazó a regiones del norte y sur del país que están controladas por fuerzas militares antagónicas. “La primera tarea es sencilla. La brutal guerra contra los niños debe terminar, no mañana sino ahora”, exigió el directivo del UNICEF, quien agregó que “ninguna de las partes han mostrado el más mínimo respeto por los niños”.



Situación mundial de la poliomielitis

20 de marzo de 2018 – Fuente: Global Polio Eradication Initiative

Afganistán

• Dos nuevos casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) se confirmaron esta semana. Un caso ocurrió en el distrito de Gaziabad, provincia de Kunar, con inicio de la parálisis el 14 de febrero, y el otro se produjo en el distrito de Shawalikot, provincia de Kandahar, con inicio de la parálisis el 19 de febrero.

• Esto eleva a cinco el número total de casos de WPV1 reportados oficialmente en 2018 en Afganistán.

• Se completaron recientemente jornadas de vacunación complementaria, con el objetivo puesto en niños de 34 provincias, utilizando la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis (bOPV).

Pakistán

• No se informaron nuevos casos de WPV1 en la última semana.

País	2018 (hasta 20/03)		2017 (hasta 20/03)		2017		Inicio de parálisis caso más reciente	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afganistán	4	—	2	—	14	—	18/03/18	—
República Democrática del Congo	—	3	—	—	—	22	—	30/01/18
Pakistán	—	—	2	—	8	—	14/11/17	—
Siria	—	—	—	—	—	74	—	20/09/17
Total	4	3	4	—	22	96		
Total en países endémicos	4	—	4	—	22	—		
Total en países no endémicos	—	3	—	—	—	96		

Tabla 1. Casos de poliovirus salvaje tipo 1 y de poliovirus circulante derivado de vacuna, según país. Años 2017/2018. Fuente: Polio Global Eradication Initiative.

- El número total de casos de WPV1 notificados oficialmente en Pakistán en 2017 sigue siendo de ocho. No se han reportado casos en 2018.
- El caso más reciente (por fecha de inicio de la parálisis) se notificó en el distrito de Zhob, provincia de Balochistán, y se inició el 15 de noviembre de 2017.
- Esta semana se informó una nueva muestra ambiental positiva para WPV1, recolectada en el distrito de Karachi Gadap, provincia de Sindh, el 15 de febrero.
- Recientemente se completaron las jornadas de vacunación suplementaria, con el objetivo puesto en niños de seis provincias, utilizando la bOPV.

Nigeria

- No se informaron nuevos casos de WPV1 en la última semana.
- El número total de casos de WPV1 para 2016 sigue siendo de cuatro y no se han reportado casos en 2017 ni en 2018.
- El caso más reciente (por fecha de inicio de la parálisis) se notificó en el Área del Gobierno Local de Monguno, Borno, con inicio el 21 de agosto de 2016.
- Nigeria continúa implementando una respuesta de emergencia para la cepa WPV1 detectada y las cepas circulantes de poliovirus tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) que afectan al país (detectada por última vez en 2016).
- Las próximas jornadas de vacunación están planificadas para principios de abril, en sincronía con las campañas de otros países de la Cuenca del Lago Chad.
- La vigilancia subnacional continúa fortaleciéndose, como parte de la respuesta de emergencia.

Cuenca del lago Chad

- La detección de WPV1 (estado de Borno, Nigeria, en 2016) y cVDPV2 (estados de Borno y Sokoto, Nigeria, en 2016) sigue representando un riesgo para los países vecinos de la cuenca del lago Chad.
- Los esfuerzos de respuesta de emergencia a brotes continúan a través de la cuenca del Lago Chad, junto con actividades para llenar las brechas subnacionales de vigilancia en toda la región.
- Estas actividades incluyen esfuerzos para vacunar a los niños en los mercados, en los campamentos de desplazados internos y en las fronteras internacionales.
- Las próximas jornadas de vacunación suplementaria están planificadas para principios de abril, sincronizadas en toda la Cuenca del Lago Chad.

África Central

- Un nuevo caso de cVDPV2 se reportó esta semana en la República Democrática del Congo. El caso fue reportado en el distrito de Mulongo, provincia de Haut Lomami, con inicio de la parálisis el 31 de enero.
- Esto eleva a tres el número total de casos de cVDPV2 reportados oficialmente en 2018 en República Democrática del Congo.
- En respuesta al brote, el gobierno de República Democrática del Congo anunció recientemente que el brote en curso de cVDPV2 en el país es considerado una Emergencia de Salud Pública de Importancia Nacional.
- El Ministerio de Salud, respaldado por la OMS y los asociados de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis, sigue plenamente comprometido con la respuesta al brote, incluyendo el uso de la vacuna antipoliomielítica oral monovalente tipo 2 (mOPV2) en todo el país, de conformidad con los protocolos de respuesta a brotes acordados internacionalmente.
- Los niños que viven en los distritos donde se reportaron los últimos casos fueron vacunados por última vez con mOPV2 durante las jornadas de vacunación de diciembre. La próxima campaña tendrá lugar después de la finalización de los ejercicios de microplanificación, para garantizar una alta cobertura de vacunación durante las campañas.
- Las actividades de vigilancia e inmunización continúan fortaleciéndose en los países vecinos.

Cuerno de África

- Se recibió una notificación anticipada de una nueva muestra ambiental positiva de cVDPV2 en Somalia, recogida el 22 de febrero en el distrito de Hodan, provincia de Banadir.
- Antes de esta notificación, se aislaron tres cVDPV2 de dos muestras ambientales recolectadas en el distrito de Hamarweyn, provincia de Banadir (Muqdisho), Somalia, una el 4 de enero y otra el 11 de enero de 2018. Estos últimos aislados están genéticamente vinculados a los VDPV2 aislado en 2017, recogidos el 22 de octubre y el 2 de noviembre a partir de muestras ambientales recogidas en el distrito de Waberi, provincia de Banadir. En total, cuatro muestras ambientales (con siete secuencias de virus únicas) positivas para cVDPV2 fueron recolectadas en Somalia entre octubre de 2017 y enero de 2018.
- No se han detectado casos de parálisis flácida aguda asociada a este cVDPV2 en este momento; todos los virus se aislaron de muestras ambientales.
- Desde la detección de los aislamientos iniciales en 2017, se han implementado campañas de respuesta a brotes en línea con las pautas acordadas internacionalmente, que consisten en dos actividades de inmunización a gran escala.
- Se está fortaleciendo la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda en el área, y se está planificando la próxima campaña de inmunización.
- La OMS y sus asociados continúan apoyando a las autoridades de salud pública locales en la realización de investigaciones de campo y evaluaciones de riesgos para identificar más claramente cualquier riesgo potencial de circulación del cVDPV2 identificado, y continúan apoyando la respuesta al brote y el fortalecimiento de la vigilancia de la enfermedad.

Medio Oriente

- No se informaron nuevos casos de cVDPV2 esta semana.
- El número total de casos de cVDPV2 oficialmente reportados en Siria en 2017 sigue siendo de 74.
- El caso más reciente (por fecha de inicio de la parálisis) se notificó en el distrito de Boukamal, y comenzó el 21 de septiembre de 2017.

Publicidad relacionada con la salud

SIDA
continuons
la lutte!

■ 40 000 000
de personnes
infectées
en l'an 2000.

■ 95 %
des malades
habitent un pays
du tiers-monde.

■ 4 000 à 6 000
nouvelles contaminations
par an
en France.

COMBAT FACE AU SIDA
Tél. 01 42 43 77 21

Combat face au sida (2001. Francia).

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.