



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.

2.065

22 de junio 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.)

Javier Casellas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

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

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de secreción genital en mujeres

América

- La coccidioidomicosis se expande por la región
- Brasil: La vacunación infantil alcanza los índices más bajos en 16 años
- Chile: Un tercio de las comunas tienen alto riesgo de que se genere un brote de sarampión
- Estados Unidos: El estigma impediría que las mujeres usen terapias para prevenir el VIH
- Honduras: Primera muerte por dengue en lo que va del año
- Venezuela: Siguen aumentando los casos de difteria y sarampión

El mundo

- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV
- España registra 44 nuevos casos de hepatitis A en una semana
- Gran Bretaña, Escocia: Se redujeron las nuevas infecciones por hepatitis C
- Japón: Brote de sarampión
- Kenya: Brote de fiebre del Valle del Rift
- República Democrática del Congo: Actualización sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola
- Suiza: Se podrá comprar en farmacias el test del VIH

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.sadi.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de secreción genital en mujeres

4 de junio de 2018 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

| Provincia/Región | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|---------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| | Casos | Tasas | Casos | Tasas | Casos | Tasas |
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 97 | 5,96 | 100 | 6,14 | 77 | 4,72 |
| Buenos Aires | 352 | 4,10 | 436 | 5,02 | 727 | 8,29 |
| Córdoba | 463 | 25,09 | 523 | 28,05 | 378 | 20,07 |
| Entre Ríos | 695 | 102,26 | 818 | 119,22 | 630 | 90,97 |
| Santa Fe | 156 | 8,87 | 77 | 4,34 | 43 | 2,41 |
| Centro | 1.763 | 12,16 | 1.954 | 13,36 | 1.855 | 12,57 |
| Mendoza | 334 | 34,42 | 1.891 | 192,82 | 1.336 | 134,81 |
| San Juan | 442 | 117,03 | 386 | 101,11 | 360 | 93,30 |
| San Luis | 75 | 30,81 | 142 | 57,58 | 146 | 58,44 |
| Cuyo | 851 | 53,48 | 2.419 | 150,33 | 1.842 | 113,24 |
| Corrientes | 211 | 38,52 | 256 | 46,30 | 265 | 47,50 |
| Chaco | 1.445 | 247,04 | 1.916 | 324,00 | 1.571 | 262,83 |
| Formosa | 86 | 29,31 | 236 | 79,69 | 274 | 91,70 |
| Misiones | 23 | 3,82 | 25 | 4,10 | 175 | 28,35 |
| NEA | 1.765 | 87,00 | 2.433 | 118,66 | 2.285 | 110,29 |
| Catamarca | 3 | 1,50 | 2 | 0,99 | 2 | 0,98 |
| Jujuy | 3 | 0,80 | 4 | 1,06 | 32 | 8,39 |
| La Rioja | 10 | 5,34 | 313 | 164,89 | 134 | 69,64 |
| Salta | 2.195 | 321,37 | 2.341 | 338,14 | 1.967 | 280,39 |
| Santiago del Estero | 581 | 123,37 | 414 | 86,96 | 387 | 80,42 |
| Tucumán | 275 | 33,64 | 216 | 26,10 | 265 | 31,63 |
| NOA | 3.067 | 112,27 | 3.290 | 118,98 | 2.787 | 99,59 |
| Chubut | 55 | 19,07 | 45 | 15,33 | 15 | 5,02 |
| La Pampa | 136 | 78,00 | 63 | 35,81 | 52 | 29,29 |
| Neuquén | 58 | 18,35 | 47 | 14,66 | 47 | 14,45 |
| Río Negro | 219 | 61,60 | 234 | 64,92 | 316 | 86,51 |
| Santa Cruz | 57 | 35,59 | 64 | 38,89 | 108 | 63,90 |
| Tierra del Fuego | 185 | 241,33 | 143 | 181,62 | 215 | 266,01 |
| Sur | 710 | 51,78 | 596 | 42,76 | 753 | 53,16 |
| Total Argentina | 8.156 | 36,70 | 10.692 | 47,63 | 9.522 | 42,00 |

Tabla 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 mujeres, según provincia y región. Argentina. Años 2016/2018, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.



La coccidioidomicosis se expande por la región

17 de junio de 2018 – Fuente: EFE

La coccidioidomicosis o 'fiebre del valle', una enfermedad silenciosa con una alta incidencia en áreas desérticas de Arizona y el Valle Central de California, mantiene en alerta a las autoridades desde que se han descubierto casos en Centroamérica y América del Sur.

Un estudio del Instituto de Investigación de Genómica Translocional (TGen), con sede en Phoenix (Arizona), indica que el hongo *Coccidioides*, el causante de la enfermedad, se ha encontrado en Argentina, Paraguay, Brasil y Honduras, países donde se han reportado nuevos casos.

La dispersión de este patógeno se atribuye en gran parte a las migraciones de animales durante los últimos años.

Jessica Rigler, del Departamento de Servicios de Salud de Arizona, recordó que el hongo que causa la coccidioidomicosis suele habitar en el suelo, y se adquiere cuando personas o animales inhalan esporas que se transportan por el aire a través del polvo, de ahí que las comunes tormentas de polvo en zonas desérticas resulten peligrosas.

"Este hongo se ha encontrado en California, Arizona, Washington y partes de América Central y del Sur, y aunque faltan pruebas firmes, los científicos creen que se expande a otras áreas a través del viento o cuando un animal infectado migra a un nuevo lugar y muere, permitiendo que el hongo se establezca en el suelo donde el cuerpo del animal se descompone", detalló la especialista.

La coccidioidomicosis puede ser mortal y suele ser ignorada por quienes la padecen al confundirla con una gripe o un resfrío, por la similitud de síntomas, lo que produce que avance paulatinamente y afecte órganos como los pulmones o el tejido óseo.

Rigler sugiere que las autoridades sanitarias de los países americanos deberían estudiar más a la enfermedad para saber cómo tratarla.

En Estados Unidos, "los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y los departamentos de salud estatales y locales trabajan juntos para recopilar datos sobre la coccidioidomicosis, y cómo educar a los médicos y al público en general", manifestó Rigler, quien es jefa de Salud Pública de Arizona.

En este estado, de acuerdo a cifras del Departamento de Salud, en lo que va de este año se han reportado un promedio de 600 casos mensuales, es decir 56% más que en 2017.

“La razón del aumento de casos es incierta, pero puede estar relacionada con factores ambientales como el clima y las condiciones del suelo”, comentó Rigler.

Sobre la incidencia de los factores ambientales coincide John Galgiani, director de un centro de estudios de esta enfermedad en la Universidad de Arizona, quien dijo que el aumento de casos en este estado se puede atribuir a los patrones de lluvia.

En un estudio reciente, Galgiani mencionó que en términos de prevención un impedimento deriva de la escasez de información sobre los procesos ecológicos que modulan la presencia de *Coccidioides* en el ambiente y el rol de factores como la exposición de la espora en el aire, la temperatura y humedad de la superficie del suelo.

“Una vez que estas preguntas ecológicas pueden ser respondidas, se pueden identificar prácticas laborales y de uso de la tierra factibles para la prevención de enfermedades”, aclaró.

El laboratorio de investigación TGen y los CDC advierten que no hace falta una tormenta de polvo para llevar esas esporas al aire y a los pulmones, como se piensa, y que cualquier ráfaga de viento lo puede hacer.

Rigler señaló que las personas con más riesgo de desarrollar la enfermedad son aquellas con sistemas inmunes débiles, individuos de ascendencia africana o filipina, así como pacientes con diabetes y mujeres embarazadas, en particular las que están durante el tercer trimestre.

FOLHA DE S.PAULO **Brasil: La vacunación infantil alcanza los índices más bajos en 16 años**

19 de junio de 2018 – Fuente: Folha de São Paulo (Brasil)

En medio de la alerta sobre el riesgo del retorno de enfermedades casi olvidadas, los índices de coberturas vacunales de bebés y niños tuvieron una nueva caída en 2017 y ya alcanzan el nivel más bajo del país en al menos 16 años.

Por primera vez en el período, todas las vacunas indicadas a los menores de un año quedaron por debajo de la meta del Ministerio de Salud, que prevé la inmunización de 95% de esta población. La mayoría tiene ahora índices de entre 70,7% y 83,9%, a excepción de la vacuna BCG, que se aplica en las maternidades, con 91,4%.

Los datos son del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), una estrategia reconocida internacionalmente por el éxito en el control de enfermedades en el país. Hasta el año pasado, el ministerio afirmaba que aún era temprano para verificar una tendencia a la baja en la vacunación. Ahora, el gobierno federal ya admite el problema.

Entre las vacunas con reducción en la cobertura están aquellas que protegen contra la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis, la rubéola, la difteria, la varicela, la rotavirus y la meningitis.

“Son los menores niveles registrados desde 2002, cuando la cartera comenzó a registrar los datos”, dijo la coordinadora del programa, Carla Domingues. “A partir de 2015, se observó una estabilidad y una pequeña reducción, pero en 2017 tuvimos una caída más fuerte”.

Para los expertos, la situación preocupa ante el riesgo del retorno de enfermedades erradicadas desde hace décadas. “Tener 70% de cobertura significa tener 30% de susceptibles, y ahí la posibilidad de que las enfermedades vuelvan es muy grande”, afirmó Isabela Ballalai, presidenta de la Sociedad Brasileña de Inmunizaciones (SBIM).

Es el caso del sarampión. Desde 2002, la tasa de cobertura de la vacuna triple viral, indicada para menores de un año, estaba cerca de 100%. En los últimos dos años, cayó a 95,4% y ahora a 83,9%.

En el mismo período, la cobertura de la vacuna cuádruple viral, indicada a partir de los 15 meses de edad, pasó de 79% a 70,7%.

Mientras la vacunación cae en el país, vuelve a crecer el número de casos de la enfermedad. Actualmente, Roraima suma 172 casos confirmados de sarampión, la mayoría entre venezolanos que vinieron a Brasil huyendo de la crisis en el país vecino. También hay al menos 147 casos confirmados en Amazonas y 5 en Rio Grande do Sul. Juntos, los tres estados suman 1.240 casos en investigación.

Antes del brote en Roraima, la tasa de vacunación en el estado era de 80% en menores de un año. Para Daniela Campos, coordinadora de vigilancia local, el índice menor que la meta colaboró para que se produjeran algunos casos también entre los brasileños.

“Estas fallas año a año fueron creando un bolsón de susceptibles. Y no fue peor sólo porque se hizo una campaña en 2015”, afirmó Campos.

“Con el sarampión, basta con disminuir un poco la cobertura vacunal, como ocurrió en Venezuela, para que se produzca una reintroducción de la enfermedad”, dijo Domingues. Recordó que en 2016, Brasil recibió de la Organi-

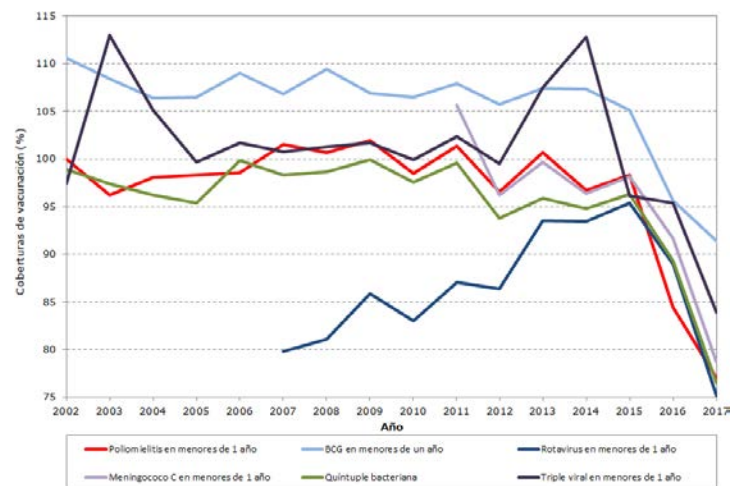


Gráfico 1. Coberturas de vacunación de vacunas seleccionadas. Brasil. Años 2002/2017. Fuentes: Programa Nacional de Inmunizaciones y Sociedad Brasileña de Inmunizaciones.

zación Panamericana de Salud (OPS) la certificación de eliminación del sarampión. Ahora, el país corre el riesgo de perderlo si la transmisión no se interrumpe.

La reducción en las coberturas vacunales generó alerta entre los especialistas ante la notificación de un caso sospechoso de poliomielitis en un niño con parálisis que vive en una comunidad indígena en Venezuela, lo que no ocurría hace 29 años.

Según la OPS, sin embargo, nuevos exámenes descartaron la hipótesis de un poliovirus salvaje o una mutación del virus vacunal, lo que, en la práctica, descartaría el riesgo de un brote.

En la última semana, la Sociedad Brasileña de Pediatría divulgó un comunicado a los médicos para que estén atentos a las coberturas vacunales contra la poliomielitis.

En 2002, la vacuna contra la poliomielitis en menores de un año registraba coberturas superiores a 96%. Ahora alcanza a 77%. En algunos estados, como São Paulo, el índice es aún menor: 68,5%.

Ante estos datos, el gobierno ya evalúa estrategias como una extensión en los horarios de funcionamiento de los puestos de salud y un trabajo conjunto con las escuelas.

Según la coordinadora del PNI, la falta de tiempo y los horarios limitados en los puestos de salud, con la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo, están entre los factores alegados como causas en la disminución de la vacunación.

Otro es la falsa sensación de seguridad de los padres. "La gente cree que su hijo está bien nutrido, que va a escuelas en barrios con condiciones adecuadas de saneamiento y buena alimentación y por eso no va a enfermar, pero olvida que viajan, van a otro país, centros comerciales, parques y puede haber alguien enfermo".

En 2007, una encuesta apuntaba que esa postura era más frecuente entre los padres de las clases económicas más altas. Ahora, se teme la expansión de ese comportamiento a otros grupos. "Hay una relajación de la población y de los propios profesionales de la salud", afirmó Ballalai.

La especialista señaló como obstáculos la caída en las acciones de búsqueda activa de los no vacunados y los frecuentes casos de desabastecimiento de vacunas en los últimos años. "Hemos tenido, por ejemplo, falta de la vacuna BCG, que se aplica en la maternidad: si el bebé sale de allí sin la vacuna, es más difícil ir al puesto de salud, y si va al puesto y no tiene, acaba por no volver", completó.

En una nota, el Ministerio de Salud informó que mantiene la distribución de vacunas y trabaja en la regularización de los stocks en casos de faltas puntuales.

Luciana Rodrigues, de la Sociedad Brasileña de Pediatría, atribuyó la caída en las coberturas a los movimientos antivacuna y al avance de informaciones falsas en las redes sociales. "Es un movimiento desinformado y fantasioso, pero a veces algunas familias entran en ese tema".

El Ministerio dice que los datos iniciales indican que tales factores no son los predominantes, pero igualmente deben ser combatidos.

EL MERCURIO Chile: Un tercio de las comunas tienen alto riesgo de que se genere un brote de sarampión

21 de junio de 2018 – Fuente: El Mercurio (Chile)

De las 346 comunas de Chile, 118 presentan un alto riesgo de que se genere allí un brote de sarampión si el virus fuera introducido al país por viajeros, chilenos o extranjeros.

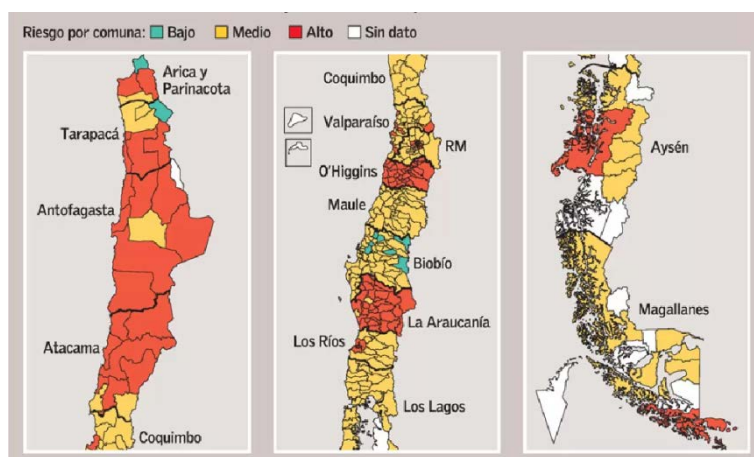
Gran parte de las zonas de riesgo detectadas se concentran en el norte del país, y en las regiones Metropolitana, Libertador General Bernardo O'Higgins y La Araucanía (ver Mapa 1).

Solana Terrazas Martins, jefa del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, aseguró que el análisis fue hecho durante la administración pasada y que se trata de "ejercicios sobre dónde podría existir un brote si hubiera un caso importado. Es una manera de estar preparados".

El sarampión fue erradicado de Chile en 1992 y desde entonces la enfermedad solo se ha presentado en el país cuando personas han sido contagiadas en el extranjero. Este año se han evaluado en Chile 76 casos sospechosos; todos se descartaron.

Igualmente, la autoridad sanitaria está en alerta debido al gran número de contagios que actualmente hay en América, pues varios países presentan brotes de la enfermedad. Este año van 1.803 casos, según la última actualización de la cartera, más del doble que en 2017. Solo en Venezuela se han registrado 1.427 casos.

Esta semana, el ministro de Salud, Emilio Santelices Cuevas, anunció que este año elaborarán una campaña que buscará reforzar la vacunación contra el sarampión en grupos específicos que no han recibido las dosis necesarias, entre ellos, los inmigrantes.



Mapa 1. Riesgo de brote, según comuna. Chile. Año 2018. Fuente: Ministerio de Salud.

Indicadores

Para la elaboración de la matriz de riesgo se consideraron variables como la cobertura de vacunación contra el sarampión en las comunas e indicadores demográficos como los flujos en pasos fronterizos, densidad poblacional e, incluso, zonas de interés turístico.

Algunas de las 118 comunas clasificadas de alto riesgo según estos indicadores son Arica, Antofagasta, Copiapó, Coquimbo, Valparaíso, Santiago, Estación Central, Maipú, La Reina, Ñuñoa, Rancagua, Temuco, Valdivia y Aysén.

“Cuando uno habla de 34% de riesgo, también hay que ver el número de población susceptible a la enfermedad. No es que 34% de las personas se vaya a enfermar”, explicó Jeannette del Carmen Dabanch Peña, ex presidente de la Sociedad Chilena de Infectología.

A esto agregó que “la mayor parte de la población de Chile está protegida porque tiene la vacuna, que es muy efectiva”.

En tanto, según la matriz de riesgo, del resto de las comunas, 59% tiene un riesgo medio y solo 3% se ubica en el rango de bajo riesgo.

Según Luis Vergara Gutiérrez, infectólogo de la Clínica Dávila, este catastro de riesgo es una buena iniciativa, ya que “sí no se quiere vacunar a todo el país, hay que buscar a los más susceptibles”.



Estados Unidos: El estigma impediría que las mujeres usen terapias para prevenir el VIH

22 de mayo de 2018 – Fuente: *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*

El temor a que otros piensen que son promiscuas o que adquirieron el VIH impediría que muchas mujeres de Estados Unidos usen píldoras que las ayudarían a prevenir la infección.

Se estima que unas 200.000 mujeres estadounidenses serían buenas candidatas para la profilaxis preexposición al VIH (PrEP), aunque apenas unas 50.000 la están usando.

Las actitudes sociales negativas sobre la PrEP, incluidos los estereotipos de los usuarios de la PrEP, pueden desalentar a las mujeres a elegirla como una opción.

El estudio exploró el estigma como una barrera al uso de la terapia entre las mujeres. Hay una forma de PrEP disponible en Estados Unidos, que consta de una píldora diaria. Cuando se toma como se indica, tiene 90% de efectividad en la prevención del VIH.

Un motivo por el que la PrEP es una opción atractiva para las mujeres es la posibilidad de usarla sin que lo sepan o lo acepten las parejas sexuales.

Se entrevistaron 597 pacientes de Planned Parenthood de más de 18 años, VIH negativo, sexualmente activas y que vivían en Hartford (New Haven) o Bridgeport (Connecticut). Sólo 23% conocía la PrEP.

Las participantes proporcionaron información personal y, antes de responder una encuesta sobre la PrEP, miraron un video corto sobre la terapia.

Muchas mujeres temían el estigma si usaban la PrEP. El 37% pensaba que las considerarían promiscuas, 32% tenía miedo de que los demás pensarán que eran VIH positivo y trataban de disimularlo y 14% temía que otros las consideraría “malas” personas.

A proporciones similares les preocupaba la desaprobación de la familia y los amigos: 30% dijo que le daría vergüenza admitir el uso de la terapia. Un tercio esperaba que sus familias o sus parejas sexuales desaprobaban el uso de la medicación, mientras que 25% temía que los amigos lo hicieran.

Las mujeres con temor a los estereotipos o la desaprobación también eran significativamente menos propensas a decir que se sentirían cómodas durante una conversación sobre la PrEP con un médico. Las que tenían miedo de la desaprobación también expresaron menos interés en la terapia e intención de usarla.¹



Honduras: Primera muerte por dengue en lo que va del año

18 de junio de 2018 – Fuente: EFE

Una niña de cuatro años se convirtió en el primer caso de muerte por dengue grave en Honduras en lo que va de 2018, informó hoy la jefa de la Unidad de Vigilancia de la Salud, Diana Patricia Núñez Azzad.

“La menor falleció en el Instituto Hondureño de Seguridad Social de la ciudad de San Pedro Sula, en el norte del país”, indicó Núñez.

“Hemos tenido el primer fallecimiento por dengue grave, se trata de una niña de 4 años que presentaba signos de alarma”, subrayó, sin precisar más detalles.

Las personas que han contraído el dengue clásico en lo que va de año superan las 2.800 en todo el país, mientras que los sospechosos por la variedad grave suman más de 110, según las autoridades sanitarias de Honduras.

Núñez indicó que 80% de los casos se concentran en Tegucigalpa, la capital, y los departamentos de Cortés, Comayagua, Olancho y Colón.

¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

Exhortó a los hondureños a no olvidar que el dengue es mortal, e insistió en que el mejor antídoto es la prevención doméstica.

En las últimas semanas, las autoridades sanitarias de Honduras han intensificado las acciones de fumigación para destruir los criaderos de larvas de *Aedes aegypti*.

Efecto..Cocuyo Venezuela: Siguen aumentando los casos de difteria y sarampión

20 de junio de 2018 – Fuente: Efecto Cocuyo (Venezuela)

La epidemia de difteria continúa azotando a Venezuela. La enfermedad ha cobrado la vida de 19 niños solo en el Hospital Pediátrico 'Doña Menca de Leoni', en el estado Bolívar, desde su reaparición en 2016.

Así lo confirmó el 20 de junio la infectóloga pediatra Nathaly Brito Moreno, quien trabaja en el centro asistencial ubicado en San Félix y en el Hospital Uya-par, en Ciudad Guayana. La especialista detalló que los fallecimientos por difteria se registraron entre junio de 2016 y abril de 2018.

No descartó que todavía se presenten casos en San Félix y en otras comunidades del estado Bolívar. Sin embargo, precisó que desde hace más de 60 días los pacientes del Menca de Leoni deben ser referidos a otros centros de salud en la entidad debido a trabajos en la infraestructura del centro hospitalario.

“Desde que reapareció la enfermedad hasta el mes de abril se han registrado 121 casos de difteria en el hospital. La reemergencia de la difteria nos agarró fuera de base”, explicó Brito.

La infectóloga precisó que 14 de los 19 pacientes fallecieron producto de una miocarditis, principal causa de muerte por difteria, y presentaron complicaciones cardiovasculares producto de la enfermedad.

La mayoría de los pacientes diagnosticados con la infección viral tenían edad pre-escolar y escolar, y todos carecían de la vacuna o no habían completado la cantidad de dosis suficientes para estar protegidos.

Agregó que los médicos del Menca de Leoni tuvieron que improvisar un área de atención en la sala de triaje para aislar a los pacientes y evitar el contagio de la enfermedad. Apuntó que en el centro pediátrico tampoco contaron con la antitoxina para tratar esta infección aguda, por lo que debían esperar a que el tratamiento fuera trasladado de Ciudad Bolívar a San Félix, en un viaje de aproximadamente una hora.



También entre los adultos

La Dra. Jocays Caldera, infectóloga del Hospital Universitario de Caracas (HUC), se refirió a los casos de difteria en adultos registrados en el centro de salud de la capital. La especialista indicó que, desde la semana epidemiológica (SE) 9 de 2016 hasta abril de 2018, se han registrado 27 casos de la infección.

“Ninguno estaba vacunado o tenían el esquema incompleto”, afirmó la infectóloga sobre la condición de los pacientes. “Se registraron dos muertos por difteria en ese lapso de tiempo: un adulto y un niño, ambos con complicaciones respiratorias”.

Caldera indicó que todos los casos presentaron la formación de una membrana blanco-grisácea en la garganta, así como también cefaleas, escalofríos y disfagia.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) confirmó el pasado mes de mayo 160 muertes por difteria en Venezuela desde la reaparición de la enfermedad en julio de 2016.

En el boletín epidemiológico divulgado el 24 de mayo de este año, el organismo regional también advirtió que el brote de difteria que se inició en julio de 2016 sigue activo, e indicó que hasta esa fecha fueron confirmados 1.086 casos por laboratorio o por nexo epidemiológico.

El Hospital Elías Toro atendió 465 casos de sarampión en seis meses

Por su parte, el sarampión se instaló en el Hospital Pediátrico 'Dr. Elías Toro', en Caracas. Desde la reaparición de la enfermedad en 2017 hasta mediados de junio de este año, los especialistas del centro pediátrico han confirmado 465 casos en total.

Los registros fueron dados a conocer por el médico infectólogo Francisco José Valery Márquez, quien precisó que se registró la muerte de un niño por la infección viral y que, del total de casos confirmados, 37% tuvo que ser hospitalizado tras presentar complicaciones respiratorias.

“De 465 casos, 170 fueron hospitalizados y 295 se trataron de forma ambulatoria”, detalló el médico. Presentaron neumonía 144 pacientes de los hospitalizados, la complicación más común por sarampión en los niños y principal causa de muerte.

Valery agregó que también se registraron los casos de nueve adolescentes con sarampión. “Cuando las coberturas de vacunación bajan, empiezan a aparecer los casos de este tipo de enfermedades”, explicó Valery.

El sarampión reapareció en Venezuela 15 años después de su erradicación. A mediados de septiembre de 2017, la Alianza Venezolana por la Salud emitió una alerta tras la confirmación de ocho casos de la infección viral en el estado Bolívar entre el 22 de agosto y el 11 de septiembre de 2017.

Desde entonces, el sarampión se ha expandido a distintos estados del país. Según el último boletín epidemiológico publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con fecha del 8 de junio, Venezuela confirmó

1.427 casos de la enfermedad, cifra con la que duplica el número de casos reportados durante todo el año 2017, con 727 registros.

El organismo regional también reveló que a escala nacional se registraron 35 muertes por sarampión, 33 de ellas en el estado Delta Amacuro, en donde hay baja cobertura vacunal.

“El brote continúa con transmisión activa en 17 estados y el Distrito Capital reportando casos confirmados. Desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 19 de 2018 se confirmaron 2.154 casos de sarampión”, indica la alerta.

El boletín indica que la mayor cantidad de casos sospechosos de sarampión se reportaron en el estado Bolívar, seguido del Distrito Capital.

El mundo



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

18 de junio de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 12 de enero y el 31 de mayo de 2018, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino de Arabia Saudí notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 75 nuevos casos confirmados por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo 23 casos fatales.

Los casos se registraron en las localidades de Al-Riyad (21), Najran (14), Al-Hofuf (5), Hafar Al-Batin (4), Jeddah (4), Al-Qunfudhah (3), Al-Taif (3), Buraydah (3), Ha'il (3), Al-Madinah (2), Rafha (2), Tabuk (2), Ahad Rafidah (1), Al-Ahssa (1), Al-Henakia (1), Al-Kharj (1), Al-Oyoun (1), Al-Quryat (1), Sakaka (1), Sharurah (1) y Wadi Al-Dawasir (1). Dieciséis casos son mujeres. Cincuenta y siete casos presentan comorbilidades. Catorce casos no son ciudadanos saudíes. Tres casos son trabajadores de la salud. La media de edad de los casos es de 53 años (rango: 15 a 93 años).

Veinticuatro casos estuvieron expuestos a dromedarios (*Camelus dromedarius*) infectados o consumieron su leche sin pasteurizar.

Los casos fallecidos corresponden a 21 varones y dos mujeres.

Los 75 casos reportados provienen de catorce regiones del país. Se están llevando a cabo investigaciones sobre la fuente de infección de cada caso, incluido el contacto directo y/o indirecto con dromedarios.

Entre estos 75 casos, 21 formaban parte de cuatro clústeres distintos (dos centros de atención de la salud y dos clústeres familiares):

- Clúster 1: Entre el 2 y el 4 de febrero, un hospital privado en la Región de Hafar Al-Batin informó un clúster de tres trabajadores de la salud además del caso índice sospechoso (cuatro casos en total).
- Clúster 2: Entre el 25 de febrero y el 7 de marzo, un hospital en Al-Riyad informó seis casos, incluido el caso índice sospechoso. Ningún trabajador de la salud fue infectado.
- Clúster 3: Entre el 8 y el 24 de marzo, se informó un clúster familiar de tres casos (el caso índice y dos casos secundarios) en Jeddah. Ningún trabajador de la salud fue infectado.
- Clúster 4: Entre el 23 y el 31 de mayo, se informó un clúster familiar en la región de Najran con ocho casos, incluido el caso índice sospechoso. Este clúster aún está bajo investigación. Hasta el 31 de mayo, ningún trabajador de la salud había sido infectado y se cree que la fuente de infección son los dromedarios en el hogar del caso índice.

Hasta el 31 de mayo, a nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 2.220 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo 1.844 casos reportados por Arabia Saudí. Al menos 790 muertes relacionadas se han notificado desde septiembre de 2012.

La cifra global refleja el número total de casos confirmados por laboratorio notificados a la OMS hasta la fecha en virtud del RSI. El número total de muertes incluye las muertes que la OMS conoce hasta la fecha a través del seguimiento con los estados miembros afectados.

Respuesta de salud pública

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

Evaluación de riesgos de la OMS

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

rios) o de origen humano (por ejemplo, en un centro sanitario). La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y llevando a cabo la evaluación del riesgo con base en la última información disponible.

Advertencias de la OMS

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

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

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

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

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

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



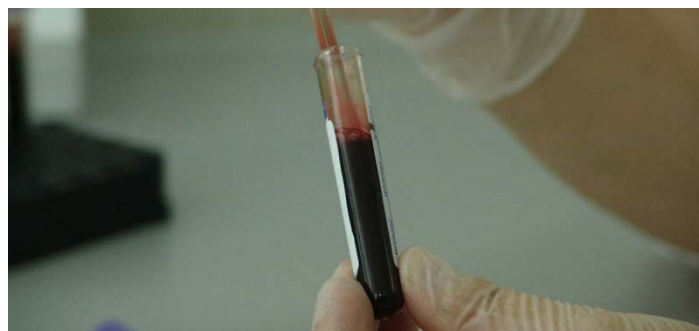
España registra 44 nuevos casos de hepatitis A en una semana

21 de junio de 2018 – Fuente: ConSalud (España)

El último boletín epidemiológico semanal del Instituto de Salud 'Carlos III' reveló que los casos de hepatitis A registrados hasta el momento en España alcanzan los 909, unos 44 más que la semana anterior. En el mismo periodo del año pasado, los casos casi alcanzaban los 2.300. A pesar del aumento semanal, los especialistas no tildan la situación de brote y consideran que la incidencia está dentro de la normalidad.

El portavoz del Grupo de Estudio de Hepatitis Víricas (GEHEP), de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), Federico García, explicó que, según estos últimos datos, no hay un nuevo brote de hepatitis A en España. "Cuarenta y cuatro casos a nivel nacional, no me parecen muchos", dijo. Lo importante en estas situaciones es utilizar bien la información a la población como la "mejor medida de hacer prevención".

La OMS recomienda la vacunación contra el virus para todos los grupos de riesgo alto de infección, como las personas que viajan a zonas endémicas, los hombres que mantienen sexo con hombres, así como aquellos pacientes que padecen una enfermedad crónica.



Gran Bretaña, Escocia: Se redujeron las nuevas infecciones por hepatitis C

20 de mayo de 2018 – Fuente: Addiction

La reducción de la incidencia de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) observada de forma continuada desde el año 2008 en Escocia se debe más a una adecuada implementación de los programas de reducción de daños que a la notable evolución de los tratamientos.

Escocia puso en marcha en el año 2008 un plan nacional sobre el VHC y una estrategia nacional sobre uso de drogas y alcohol. Ello conllevó la expansión de los programas de intercambio de jeringas y del acceso a las terapias de sustitución con opioides. Las nuevas infecciones por VHC se vieron reducidas en 50% entre 2008 y 2015. Dado que la gran mayoría de las nuevas infecciones por VHC en Escocia se dieron y se dan entre usuarios de drogas intravenosas que compartieron jeringas o utensilios de inyección, es de suponer que el impacto de estos programas tuvo que ser importante en la reducción de la incidencia observada.

Hasta ahora pocos habían sido los estudios dirigidos a cuantificar cómo las estrategias de reducción de daños reducen las nuevas infecciones, lo cual permitiría validar la idoneidad de las diferentes intervenciones incluidas en dichas estrategias.

Para cubrir esta necesidad de información, se desarrolló un modelo informatizado sobre la epidemia del VHC en Escocia para evaluar el impacto de la variabilidad en la provisión de estrategias de reducción de daños sobre las tasas de incidencia de la infección obtenidas de la Iniciativa para la Evaluación del Intercambio de Jeringas en Escocia.

El modelo tuvo en cuenta cuántas personas eran usuarias de drogas intravenosas en Escocia, cuánto tiempo llevaban consumiendo estas sustancias y, si habían adquirido el VHC, cuándo se habían infectado.

En el modelo se evaluaron tres intervenciones: el uso de terapia de sustitución con opioides, los programas de intercambio de agujas y/o jeringas y el tratamiento del VHC. Para calcular cómo las dos primeras intervenciones podrían reducir el riesgo individual de adquirir el VHC se utilizaron datos de una revisión sistemática realizada en Gran Bretaña tiempo atrás.

En el modelo se estableció que entre los años 2008 y 2015 la incidencia de la infección por el VHC entre usuarios activos de drogas intravenosas cayó en 61%. El porcentaje calculado por el modelo se asemeja bastante al registrado por la Iniciativa para la Evaluación del Intercambio de Jeringas en Escocia, lo cual dota de consistencia a los resultados del modelo.

El modelo del estudio examinó los efectos de expandir el acceso a programas de terapia de sustitución con opioides y a aquellos de intercambio de agujas y/o jeringas preguntándose qué hubiera sucedido si no hubiera tenido lugar dicha expansión a partir del año 2008.

Su análisis concluyó que sin la expansión de estas intervenciones la incidencia se hubiera reducido solo en 27% (prácticamente la mitad del 50% de la reducción real observada). En total, la expansión de los programas de sustitución con opioides y de intercambio de jeringas habría evitado unos dos tercios de las 1.492 nuevas infecciones que hubieran tenido lugar de mantenerse la incidencia existente en el año 2008. El tercio restante correspondería al cambio de tendencia en el consumo de drogas inyectables (con una reducción importante en el número de usuarios de drogas intravenosas con alto riesgo de infección por VHC) y solo 5% de las nuevas infecciones se habrían evitado por causa del tratamiento contra el VHC.

Los resultados ponen de manifiesto la importancia de los programas de reducción de daños en la reducción de la incidencia de la infección por VHC. Cabe tener en cuenta que las nuevas infecciones tienen lugar principalmente a través del uso de drogas inyectables con material de inyección compartido.

Cabe destacar que los resultados del estudio se corresponden al período entre en los años 2008 y 2015, que fue el momento a partir del cual comenzaron a utilizarse de forma más extendida los antivirales de acción directa de segunda generación, que prácticamente curan a la totalidad de las personas que los toman. Por ello, es de suponer que el impacto del tratamiento sobre la reducción de la incidencia será cada vez mayor. Por otro lado, también será crucial para reducir la incidencia de la infección por el VHC cómo se afronten los nuevos usos de drogas intravenosas tales como el *chemsex* y el apoyo de las políticas de salud pública a estrategias de reducción de daños dirigidas a estas nuevas poblaciones vulnerables.²



Japón: Brote de sarampión

20 de junio de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 16 de mayo de 2018, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Japón notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de sarampión en curso en Japón. El 20 de marzo de 2018, a un viajero de ultramar se le diagnosticó sarampión en la prefectura de Okinawa y, a partir de entonces, se notificaron casos adicionales de sarampión en toda la prefectura y posteriormente en otras prefecturas. A la luz de la situación, los días 11 y 26 de abril de 2018, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar publicó dos avisos de alerta. La tendencia nacional de notificaciones y de informes de nuevos casos en la prefectura de Okinawa disminuyó en las últimas semanas (la fecha de inicio del caso más reciente en Okinawa fue el 10 de mayo). La prefectura de Okinawa declaró oficialmente el fin del brote el 11 de junio, después de cuatro semanas desde este último caso. Este informe brinda la última información disponible acerca de la situación epidemiológica del sarampión en Japón, incluyendo los casos de la Prefectura de Okinawa y otros, y enfatiza la necesidad de una vigilancia continua.

Entre el 1 de enero y el 20 de mayo de 2018, se diagnosticaron 161 casos de sarampión, 145 de ellos (90%) confirmados por laboratorio (99 casos de sarampión y 46 casos de sarampión modificado³). Ochenta y nueve casos son hombres y 72 casos son mujeres, y la edad media es de 29 años (rango: 0-58 años). Se informaron casos en las siguientes prefecturas: Okinawa (88 casos), Aichi (25), Fukuoka (17), Tokio (11), Saitama (6), Ibaraki (3), Kanagawa (3), Yamanashi (2), Osaka (2), Chiba (1), Shizuoka (1), Hyogo (1) y Yamaguchi (1). Se determinó que la infección se produjo en Japón en 136 casos, en el exterior en 12 casos y es desconocida en los 13 casos restantes. Hasta la fecha, se ha recibido información de 30 casos sobre el genotipo aislado del virus a través del sistema nacional de vigilancia; excluyendo un caso con cepa vacunal, 25 corresponden al genotipo D8 y cuatro al genotipo B3.

Continúan presentándose casos importados de sarampión en Japón. El país ha eliminado la transmisión endémica del sarampión y ha mantenido este estado desde marzo de 2015, mediante una alta cobertura de vacunación y una

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

³ El sarampión modificado se presenta en niños que han recibido gammaglobulinas o que conservan parte de la inmunidad pasiva materna. El periodo de incubación puede prolongarse hasta dos o tres semanas. El periodo prodrómico es más breve (1 o 2 días). Pueden no presentarse las manchas de Koplick, y si aparecen son escasas y de breve duración. Los síntomas generales son más benignos. El exantema es mínimo y puede pasar inadvertido.

rápida detección y respuesta a todos los casos de la enfermedad. En 2016, la cobertura de la vacunación de rutina fue de 97% para la primera dosis (un año de edad) y de 93% para la segunda dosis (un año antes del ingreso a la escuela primaria, generalmente a los cinco años de edad); las encuestas serológicas han confirmado que la proporción de individuos con anticuerpos positivos (título de aglutinación de partículas ≥ 16) de dos años o más de edad se ha mantenido en 95% o más a nivel nacional.

Respuesta de salud pública

Las acciones específicas implementadas por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar y los gobiernos locales ante la situación actual incluyen:

- Investigaciones epidemiológicas activas, rastreo de contactos y monitoreo de contactos cercanos para todos los casos.
- Comunicación del riesgo y distribución de alertas a los profesionales médicos, que incluyen la importancia de considerar el sarampión como posible diagnóstico y la implementación de medidas apropiadas de control de infecciones en los entornos médicos.
- Alentar la implementación apropiada de la inmunización de rutina contra el sarampión y la inmunización de recuperación para aquellos con baja inmunidad contra el sarampión.

Evaluación de riesgos de la OMS

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa que sigue siendo una de las principales causas de mortalidad entre los niños pequeños a nivel mundial, a pesar de la disponibilidad de una vacuna segura y efectiva. La transmisión de persona a persona se produce a través del aire, así como por contacto directo o indirecto de secreciones (nasales, faríngeas) de personas infectadas. Los síntomas iniciales, que generalmente aparecen 10-12 días después de la infección, incluyen fiebre elevada, secreción nasal, conjuntivitis, tos y pequeñas manchas blancas en el interior de la boca. Varios días más tarde, se desarrolla una erupción, que comienza en la cara y la parte superior del cuello y gradualmente se extiende hacia abajo. El paciente es infeccioso cuatro días antes del comienzo de la erupción y hasta cuatro días después de la aparición de la erupción. Si bien no existe un tratamiento antiviral específico para el sarampión, la OMS recomienda la vitamina A para todos los niños infectados, independientemente de su país de residencia, ya que se asocia con una reducción de la morbilidad y la mortalidad.

En marzo de 2015, se verificó que Japón había logrado la eliminación del sarampión (definida como la interrupción de la transmisión endémica del virus del sarampión durante al menos 36 meses). Sin embargo, los brotes causados por casos importados pueden ocurrir esporádicamente. El riesgo de un gran brote de sarampión en Japón es bajo debido a las medidas de control establecidas y la vigilancia sensible para detectar los casos con prontitud. Sin embargo, no puede descartarse por completo la posibilidad de casos exportados, debido al alto volumen de viajeros internacionales.

Advertencias de la OMS

A la luz de los continuos reportes de casos importados de sarampión, la OMS insta a todos los Estados Miembros a:

- Vacunar para mantener una cobertura homogénea de 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna triple viral (contra sarampión, parotiditis y rubéola) en todos los municipios. Llevar a cabo evaluaciones de riesgo para identificar poblaciones que han sido omitidas de las actividades de vacunación y tomar acciones correctivas para llenar las lagunas de inmunidad, incluyendo el desarrollo de estrategias especiales de comunicación e inmunización según sea necesario.
- En entornos con baja incidencia y alto riesgo de importación del virus, vacunar las poblaciones en alto riesgo de exposición a casos importados de sarampión (sin pruebas de vacunación o inmunidad contra sarampión y rubéola), como trabajadores de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotel y catering, aeropuertos, taxistas, etc.).
- Asegurar la implementación de políticas y procedimientos existentes para reducir el riesgo de transmisión del sarampión en entornos hospitalarios, como el triage apropiado y el aislamiento de los casos sospechosos de sarampión; evitar la hospitalización innecesaria de casos leves de sarampión; y garantizar que solo los trabajadores de la salud inmunes al sarampión atiendan casos sospechosos de sarampión.
- Promover la consulta médica antes de viajar para vacunar a todos los viajeros internacionales no inmunes que omitieron las dosis recomendadas. Además, esta consulta debe incluir información sobre los riesgos de salud más importantes, determinará la necesidad de otras vacunas y/o medicamentos e identificar cualquier otro artículo médico que el viajero pueda requerir.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para la detección oportuna de todos los casos sospechosos en establecimientos de atención sanitaria públicos y privados y garantizar que: los casos se investiguen dentro de las 48 horas posteriores a la detección; y que se recojan muestras de laboratorio adecuadas y apropiadas para pruebas tanto serológicas como moleculares en el primer contacto con el caso sospechoso. Asegurar que los recursos operativos y la capacitación sean adecuados para que las investigaciones de casos y el transporte de muestras de laboratorio para la confirmación de casos se puedan realizar en todos los niveles subnacionales.
- Asegurar los recursos en todos los niveles para que los brotes de sarampión se puedan investigar rápidamente y se puedan implementar de inmediato las medidas de inmunización de respuesta. Estos recursos de contingencia pueden incluir fondos destinados y equipos de respuesta rápida; identificación de recursos flexibles y personal de salud pública que pueda servir como capacidad de respuesta si se requiere una investigación o una respuesta de

inmunización a gran escala; y una reserva de vacuna doble viral (contra sarampión-rubéola) y suministros. Asegurar que se desarrollen y actualicen los planes nacionales y los procedimientos operativos estandarizados para la respuesta al brote de sarampión.



Kenya: Brote de fiebre del Valle del Rift

18 de junio de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 8 de junio de 2018, el Ministerio de Salud de Kenya confirmó un brote de fiebre del Valle del Rift. El primer paciente fue ingresado el 2 de junio a un hospital del condado de Wajir, en el noreste de Kenya, con fiebre, debilidad general y sangrado de encías y boca. El paciente informó haber consumido carne de un animal enfermo; falleció el mismo día. El 4 de junio, fueron ingresados dos familiares del caso índice. Se les tomaron muestras de sangre y se enviaron al Instituto de Investigación Médica de Kenya, una de las cuales fue confirmada como positiva para fiebre del Valle del Rift el 6 de junio. Hasta el 16 de junio, se ha notificado un total de 26 casos humanos en los condados de Wajir (24 casos) y Marsabit (2 casos), incluidos siete casos confirmados y seis muertes (tasa de letalidad de 23%); seis pacientes han sido dados de alta mientras uno aún está hospitalizado. Se ha informado de un alto número de muertes y abortos entre el ganado, incluidos dromedarios y cabras, en los condados de Garissa, Kadjiado, Kitui, Marsabit, Tana River y Wajir. Según los informes, las personas que viven en estos condados consumen carne de animales muertos y enfermos.

Respuesta de salud pública

Las actividades de preparación para enfrentar la fiebre del Valle del Rift han estado en curso desde febrero de 2018 en respuesta a las fuertes lluvias e inundaciones en Kenya. Se emitió una alerta a todos los Directores de Condado en febrero de 2018 y se comunicó una alerta nacional general en mayo de 2018.

Desde que se confirmó el brote se han encarado las siguientes acciones:

- El 8 de junio, los ministerios de Salud y de Agricultura convocaron a una reunión de emergencia con el Ministerio de Ganadería y partes interesadas clave. Se celebró una reunión del grupo de tareas del sector de la salud, y los asociados se comprometieron a apoyar el control de la enfermedad.
- El 14 de junio, el Ministerio de Salud activó el Centro de Operaciones de Emergencia, con un Administrador de Eventos y un equipo técnico de apoyo.
- El 14 de junio, se desplegaron equipos de investigación multisectoriales en el condado de Wajir para apoyar a los equipos de salud del condado. Otro equipo pronto será enviado para apoyar al equipo del condado de Marsabit.
- Como parte de las actividades de preparación en marcha, se está fortaleciendo la vigilancia activa de la fiebre del Valle del Rift en los condados afectados y en riesgo, así como el rastreo de contactos en los condados de Wajir y Marsabit. En el condado de Wajir, se han establecido cinco centros de tratamiento.
- Se están llevando a cabo actividades de búsqueda activa de casos y sensibilización de la comunidad en las áreas afectadas. Se enviaron al condado de Wajir las pautas para el control de vectores y otros materiales informativos, que se están distribuyendo a través de Voluntarios Comunitarios de Salud.
- Se ha impuesto la prohibición de sacrificar animales y la restricción del movimiento de ganado en las áreas afectadas.

Evaluación de riesgos de la OMS

Los brotes de fiebre del Valle del Rift no son raros en Kenya. El último brote documentado ocurrió entre noviembre de 2014 y enero de 2015 en el noreste del país; en 2006, un gran brote mató a más de 150 personas. La tasa de letalidad varía ampliamente en los brotes documentados, pero en general tiende a ser inferior a 1%.

La experiencia previa de Kenya en la respuesta a los brotes de fiebre del Valle del Rift, combinada con las actividades de preparación realizadas durante los meses anteriores es auspiciosa. Sin embargo, el alto número de muertes y abortos reportados entre el ganado es preocupante, especialmente porque el evento afecta a comunidades nómadas para las cuales la dieta se basa predominantemente en productos de origen animal. El gran volumen de movimiento del ganado y las personas en esta área aumenta el riesgo de una mayor propagación del brote tanto dentro de Kenya como a los países vecinos.

Advertencias de la OMS

La fiebre del Valle del Rift es una zoonosis viral transmitida por mosquitos, que afecta principalmente a los animales pero también tiene la capacidad de infectar a los humanos. La mayoría de las infecciones humanas son el resultado del contacto directo o indirecto con la sangre u órganos de animales infectados. Los pastores, agricultores, matarifes y veterinarios tienen un mayor riesgo de infección. La concienciación acerca de los factores de riesgo de la infección por la fiebre del Valle del Rift y las medidas para prevenir las picaduras de mosquitos son la única forma de reducir las infecciones y muertes humanas. Los mensajes de salud pública para la reducción del riesgo deberían enfocarse en:

- Reducir el riesgo de transmisión de animal a humano como resultado de la cría poco segura de animales y las prácticas de sacrificio. Se recomienda la higiene de manos y el uso de guantes y otros equipos de protección personal cuando se manipulan animales enfermos o sus tejidos o cuando se sacrifican animales.
- Reducir el riesgo de la transmisión de animal a humano que surge del consumo poco seguro de leche o tejido animal crudo o no pasteurizado. En regiones endémicas, todos los productos de origen animal deben cocinarse bien antes del consumo.

- Reducir el riesgo de picaduras de mosquitos mediante la implementación de actividades de control de vectores (por ejemplo, fumigación con insecticidas y uso de larvicidas para reducir los sitios de reproducción de mosquitos), el uso de mosquiteros impregnados con insecticida y repelentes y ropa de color claro (camisas y pantalones de manga larga).
- Restringir o prohibir el movimiento del ganado para reducir la propagación del virus de las áreas infectadas a las no infectadas.
- Se recomienda la vacunación rutinaria de los animales para prevenir brotes de fiebre del Valle del Rift. Las campañas de vacunación no se recomiendan durante un brote, ya que pueden intensificar la transmisión dentro del rebaño a través de la propagación del virus a través de la aguja. Los brotes de fiebre del Valle del Rift en animales preceden a los casos humanos, por lo que el establecimiento de un sistema activo de vigilancia de la sanidad animal es esencial para proporcionar una alerta temprana a las autoridades veterinarias y de salud pública.

La OMS desaconseja la aplicación de restricciones a los viajes o comerciales con Kenya en función de la información actual disponible sobre este evento.



República Democrática del Congo: Actualización sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola

20 de junio de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS) continúan monitoreando de cerca el brote de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo. Existe un cauto optimismo. Poco más de un mes de iniciada la respuesta, una mayor propagación de la enfermedad ha sido contenida en gran parte. Sin embargo, a pesar del progreso, no se debería dar lugar a la laxitud y la complacencia hasta que se controle el brote. El foco de las operaciones permanece en la vigilancia intensiva y la búsqueda activa de casos.

Desde el 17 de mayo de 2018, no se han confirmado nuevos casos en las zonas sanitarias de Bikoro y Wangata, mientras que el último caso confirmado en Iboko presentó síntomas el 2 de junio y falleció el 9 de junio (ver Gráfico 2).

Entre el 1 de abril y el 18 de junio de 2018, se ha notificado un total de 60 casos de EVE⁴, incluidas 28 muertes, en cuatro zonas sanitarias de la provincia de Équateur. El total incluye 38 casos confirmados, 14 probables y ocho sospechosos. Se han confirmado casos en tres zonas de salud: Bikoro (24 casos; 10 confirmados, 11 probables y tres sospechosos), Iboko (32 casos; 24 confirmados, tres probables y cinco sospechosos), Wangata (4 casos confirmados) (ver Mapa 2). Cinco casos fueron trabajadores de la salud, de los cuales cuatro fueron confirmados y dos fallecieron. De 1.706 contactos de casos registrados hasta la fecha, 244 siguen en seguimiento activo al 18 de junio.

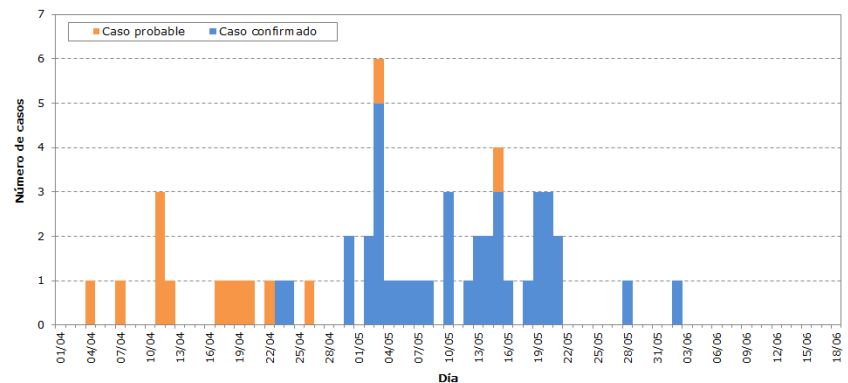
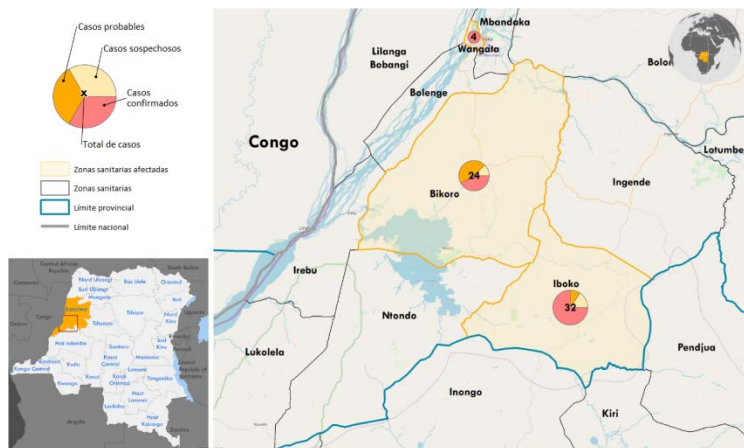


Gráfico 2. Casos confirmados y probables, según fecha de inicio de los síntomas. República Democrática del Congo. Año 2018, del 1 de abril al 18 de junio. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Mapa 2. Distribución geográfica de los casos de enfermedad por el virus del Ébola, según zona sanitaria. República Democrática del Congo, provincia de Équateur. Datos hasta el 18 de junio de 2018. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

- Desde el lanzamiento de la vacunación el 21 de mayo, un total de 3.137 personas han sido vacunadas en Iboko (1.434), Wangata (834), Bikoro (779), Ingende (77) y Kinshasa (13). Las poblaciones elegibles para la vacuna-

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud lidera la respuesta en las zonas sanitarias afectadas con el apoyo de la OMS y sus asociados. Las prioridades incluyen el fortalecimiento de la vigilancia y el rastreo de contactos, la capacidad de laboratorio, la prevención y control de infecciones, el manejo de casos, la participación de la comunidad, los entierros seguros y dignos, la coordinación de la respuesta y la vacunación. Además, para evitar la propagación de la enfermedad desde las provincias afectadas a las provincias no afectadas y a otros países, la República Democrática del Congo ha puesto en marcha la vigilancia transfronteriza en los puntos de ingreso (zonas de riesgo limítrofes, provincias, países, y puntos importantes de reunión de viajeros). La OMS continúa colaborando estrechamente con los ministerios de salud de nueve países vecinos para fortalecer la preparación a fin de mitigar el riesgo de la propagación internacional.

⁴ El número total de casos está sujeto a cambios debido a la reclasificación en curso, la investigación retrospectiva y la disponibilidad de los resultados de laboratorio. Los datos informados en este artículo son información oficial del Ministerio de Salud de República Democrática del Congo.

ción en anillo son los profesionales de salud de primera línea, las personas que han estado expuestas a casos confirmados de la enfermedad y los contactos de estos contactos.

- Están en curso actividades de vigilancia activa, que incluyen el seguimiento diario de los contactos de casos, la búsqueda activa de casos a nivel de la comunidad y de las instalaciones sanitarias, la investigación en tiempo real de las alertas y las pruebas de laboratorio para todos los casos sospechosos para confirmar o descartar la EVE.
- Se han proporcionado suministros para la prevención y control de la infección, que incluyen equipos de protección personal y desinfectantes, a las instalaciones de salud de ocho áreas sanitarias: Bokando-Bouna, Bokongo, Boutela, Itipo, Lokango, Londo, Mapeke y Mpangi.
- Continúan las actividades de sensibilización de la comunidad en Bikoro, Bolenge, Iboko, Mbandaka y Wangata. En Iboko, más de 140 hogares fueron visitados esta semana. Los equipos de las Células de Actividad Comunitaria (CAC) realizaron visitas casa por casa en las áreas sanitarias de Bokando-Bouna, Bokongo, Londo y Mapeke. En Mbandaka, se llevaron a cabo actividades de sensibilización en puertos y pequeños mercados a lo largo del río. La concienciación de la comunidad, que involucra a los líderes callejeros, también se está llevando a cabo en Bolenge, Mbandaka y Wangata, donde se abordan los rumores y las preocupaciones de la comunidad.
- La OMS brinda asesoramiento técnico en el uso de la terapéutica en investigación en el marco del Uso Supervisado de Emergencia de Intervenciones no Registradas (MEURI) y provee suministros médicos esenciales. Cuatro de las cinco terapias en investigación están en el país y todos los protocolos han sido aprobados por la Junta de Revisión Ética. Esta es la primera vez que tales tratamientos han estado disponibles durante un brote de EVE.
- Al 18 de junio de 2018, la OMS ha desplegado un total de 271 expertos técnicos en diversas funciones críticas del Sistema de Gestión de Incidentes para apoyar la respuesta al brote, incluidos 31 expertos de instituciones asociadas de la Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN). Un antropólogo de la OMS y expertos en comunicación de riesgos han capacitado al personal que responde al brote sobre el compromiso de la comunidad, que incluye los entierros seguros y el rastreo de contactos.
- Hasta el 19 de junio, 26 países han implementado el control de ingreso a los viajeros internacionales provenientes de la República Democrática del Congo, pero actualmente no existen restricciones al tráfico internacional. La OMS sigue monitoreando las medidas a los viajes y el comercio en relación con este evento.
- La OMS, la Organización Internacional para las Migraciones, la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados y otros asociados iniciaron un proyecto de asociación conjunta para reforzar las actividades de coordinación transfronteriza entre la República Democrática del Congo, la República del Congo y la República Centroafricana.
- Hasta el 19 de junio, no se detectaron casos en los puertos del río Congo cercanos a Kinshasa (Muluku, Kinkolé, Ngobila), así como en los aeropuertos internacionales y los principales aeropuertos nacionales de Kinshasa (Ndili, Ndolo). Hasta el 16 de junio, se examinaron 9.716 viajeros en Mbandaka, 538 en Irebu y 100 en Iboko.
- Hasta el 20 de junio, no se informaron casos exportados. El riesgo de casos perdidos que pudieron viajar fuera de la provincia de Équateur e internacionalmente durante el período de incubación (de dos a 21 días) se consideró muy bajo. Sin embargo, se decidió mantener el control de salida en los puntos de ingreso y los sitios de congregación como medida de precaución y preparar un plan de desactivación para después del final del brote.
- La OMS está apoyando a los países vecinos para que evalúen sistemáticamente y adopten medidas sobre la preparación contra la EVE y desarrollen planes nacionales de respuesta a la contingencia. Se ha desarrollado y publicado un plan regional de preparación, en el que se esbozan actividades para garantizar que los nueve países vecinos puedan detectar y contener la enfermedad en caso de que se introduzca. El plan regional de preparación requiere 15,5 millones de dólares.

Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS considera que el riesgo para la salud pública es muy alto a nivel nacional debido a la gravedad de la enfermedad, la insuficiente información epidemiológica y el retraso en la detección de los casos iniciales, lo que dificulta la evaluación de la magnitud y la extensión geográfica del brote.

La OMS ha evaluado que el riesgo para la salud pública es alto a nivel regional. Se ha informado a nueve países vecinos, incluidas la República del Congo y la República Centroafricana, que corren un alto riesgo de propagación, y se están llevando a cabo actividades de preparación.

A nivel mundial, el riesgo actualmente es bajo. Esta evaluación de riesgos se revisa continuamente a medida que se dispone de más información.

Advertencias de la OMS

El Director General de la OMS convocó un Comité de Emergencia bajo el RSI (2005) el 18 de mayo; el que desaconsejó la aplicación de restricciones a los viajes o el comercio con la República Democrática del Congo en relación con el brote actual. Las cancelaciones de vuelos y otras restricciones a los viajes pueden obstaculizar la respuesta de salud pública internacional y causar un daño económico significativo al país afectado. El Comité de Emergencia también informó que los controles en los puertos de egreso, incluidos los aeropuertos y puertos sobre el río Congo, se consideran de gran importancia. Sin embargo, el examen de ingreso, particularmente en aeropuertos distantes, no se considera de ningún valor para la salud pública. El Comité de Emergencia considera que actualmente no se cumplen las condiciones para una emergencia de salud pública de interés internacional.⁵

⁵ Una "emergencia de salud pública de interés internacional" es un evento extraordinario que se determina según lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional (2005): (i) constituir un riesgo de salud pública para otros Estados a través de la propagación internacional de enfermedades y (ii) requerir potencialmente de una respuesta internacional coordinada.

La OMS emitió un aviso relacionado con los viajes el 29 de mayo de 2018⁶, con el objetivo de sensibilizar a los viajeros sobre cómo reducir el riesgo de exposición y dónde obtener asistencia médica adecuada en caso de presentar síntomas similares a los de la EVE después de una posible exposición, considerando bajo el riesgo de que un viajero internacional se infecte con el virus del Ébola durante una visita a las áreas afectadas y desarrolle la enfermedad después de regresar, incluso si la visita incluyó áreas donde se han reportado casos primarios. Además, la OMS trabaja junto con asociados en transportes y viajes (Organización de Aviación Civil Internacional, Asociación Internacional de Transporte Aéreo) para aumentar la concienciación de los viajeros, la vigilancia a bordo de los medios de transporte y en los puntos de ingreso, y enfatizar la importancia de establecer y mantener un plan de contingencia de emergencia de salud pública en los puntos de ingreso con un enfoque multisectorial, de conformidad con los requerimientos del Reglamento Sanitario Internacional.



Suiza: Se podrá comprar en farmacias el test del VIH

18 de junio de 2018 – Fuente: Swissmedic (Suiza)

Los kits de autodiagnóstico del VIH, que permiten a los usuarios determinar su estado serológico de VIH por sí mismos, podrán venderse en Suiza a partir del 19 de junio de 2018. En interés de la salud pública y por recomendación de la Comisión Federal de Salud Sexual (FCSH) y Oficina Federal de Salud Pública (FOPH), la agencia de productos terapéuticos Swissmedic aprobó la dispensación de pruebas para el autodiagnóstico. Se recomienda obtener las pruebas en puntos de distribución como farmacias o droguerías para minimizar el riesgo de adquirir un producto falsificado.

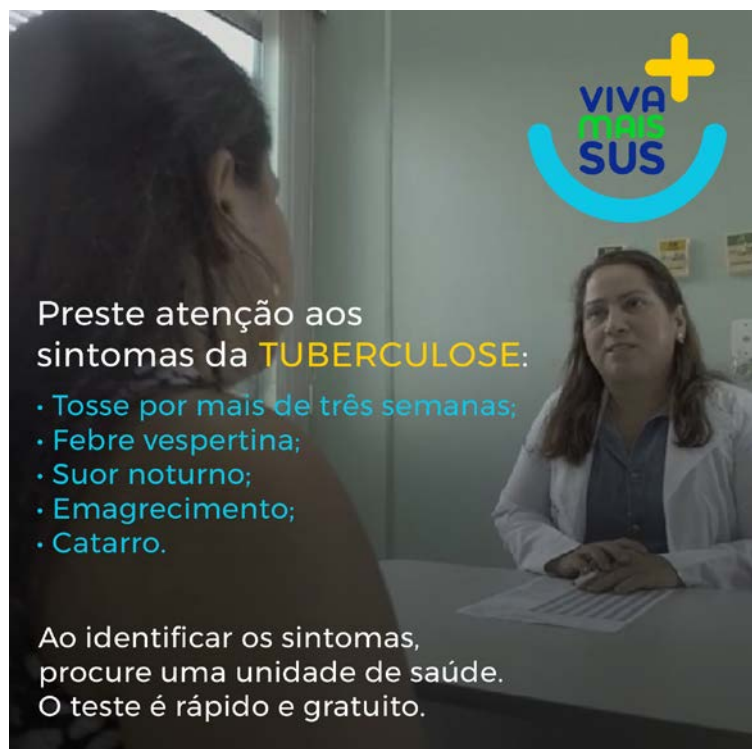
Hasta ahora, las pruebas de VIH en Suiza solo podían realizarse en un entorno profesional, por ejemplo, por un médico o en un hospital. A partir del 19 de junio, cualquier persona podrá hacerse la prueba en su hogar para comprobar si ha sido infectada por el VIH, como ya lo pueden hacer en otros países. La FOPH y la FCSH esperan así simplificar el acceso a los tests del VIH para motivar a más personas a proteger su propia salud y la salud pública al conocer si tienen o no el virus.

No todas las personas infectadas por el VIH conocen su estatus. Se estima que este grupo representa aproximadamente la quinta parte de todas las personas infectadas en Suiza. La experiencia de varios países muestra que la autoevaluación del VIH permite llegar a personas que, de otro modo, no se habrían sometido a un análisis. La FOPH y la FCSH, por lo tanto, recomendaron aprobar la distribución de kits de autoanálisis del VIH en Suiza y que se proporcione un acceso sencillo a los kits. Swissmedic está actuando de acuerdo con esta recomendación al aprobar la dispensación de pruebas de VIH para uso propio, siempre que las pruebas cumplan con los requisitos legales. Las pruebas de VIH que tienen las marcas CE en su empaque y en el folleto de instrucciones son compatibles. También debe haber una declaración de que la prueba es adecuada para el uso personal.

Cada kit de prueba debe estar acompañado con un prospecto con la información apropiada, explicando, entre otras cosas, que un resultado reactivo (positivo) probablemente indique una infección por el VIH. Aquella persona que obtenga un resultado positivo recibirá instrucciones de ponerse en contacto con un médico lo más rápido posible y de verificar el resultado de la autocomprobación mediante una prueba de laboratorio.

También será posible comprar los kits de autodiagnóstico del VIH por Internet. Sin embargo, la FOPH y Swissmedic recomiendan obtener kits de distribuidores como farmacias o droguerías para minimizar el riesgo de comprar una falsificación.

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



VIVA MAIS SUS

Preste atenção aos sintomas da **TUBERCULOSE**:

- Tosse por mais de três semanas;
- Febre vespertina;
- Suor noturno;
- Emagrecimento;
- Catarro.

Ao identificar os sintomas, procure uma unidade de saúde. O teste é rápido e gratuito.



VIVA MAIS SUS

Apoie o paciente na luta contra a **TUBERCULOSE**.

A ajuda de familiares, amigos e profissionais de saúde é **fundamental** durante o tratamento.

Sistema Único de Saúde (2017. Brasil).

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.