



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.

2.097

17 de septiembre 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

• Situación epidemiológica de las infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes*

América

• Estados Unidos: North Dakota y South Dakota están entre los estados más afectados por la fiebre del Nilo Occidental

• Perú: Aumentaron este año los casos de tos convulsa

• República Dominicana: Los caficultores están muy expuestos a los plaguicidas

• Uruguay: Identifican cepas de leptospirosis en el ganado

El mundo

• España: Dos casos de personas mordidas por murciélagos con rabia

• Grecia: Caso importado de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

• Indonesia, Lombok: Estado de emergencia sanitaria por el aumento de los casos de malaria

• Nigeria: Reportan 262 casos de viruela símica en el último año

• República Democrática del Congo: Actualización sobre la situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

• Ucrania podría enfrentar una epidemia de difteria, además de la de sarampión

• Uganda, Arua: Brote de carbunco

• Zimbabwe: Rápida expansión de los casos de cólera

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.circulomedicocba.org/



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/



www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/

Situación epidemiológica de las infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes*¹

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

Introducción

En las últimas décadas, se ha observado un incremento global de las infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* en Europa y América del Norte, pero la causa no ha sido determinada. Esta carga de enfermedad se supone más alta en países en desarrollo, especialmente debido a fiebre reumática y sus secuelas.

En Europa, la incidencia es de 2,79 casos cada 100.000 habitantes/año, con una incidencia pediátrica estimada de 0,12-3,1 cada 100.000 niños/año. La mortalidad pediátrica está entre 3,6 y 8,3%, pero en su forma más grave, el síndrome de shock tóxico estreptocócico (STSS), puede alcanzar a 30%.

En Estados Unidos, en la población general, se estiman anualmente de 10.000 a 13.000 casos de infección severa o invasiva por *S. pyogenes*, de los cuales alrededor de 1.600 fallecen por esta causa (tasa de letalidad de 10%).

Para ambos grupos etarios, se trata de un evento con estacionalidad, registrándose 90% de los casos graves durante los meses de invierno e inicios de la primavera.

Respecto de los factores de riesgo asociados a la infección invasiva, el antecedente de varicela, traumatismos, eczemas e impétigos son los más frecuentemente identificados.

Para todas las edades, la identificación de los serotipos M1y M3 de *S. pyogenes* se asocia a una mayor gravedad.

En Argentina, los serotipos prevalentes, en base a datos aportados por el Laboratorio Nacional de Referencia, identificados en la infección invasiva por *S. pyogenes* en la población general durante el período 2000-2016 fueron M12, M1, y M. A partir del año 2017 se observa un incremento del aislamiento de serotipo M3 principalmente en la población pediátrica y no se registraron resistencias antimicrobianas específicas.

Situación nacional

Durante la semana epidemiológica (SE) 36 el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) recibió la notificación de 5 casos de enfermedad invasiva por *S. pyogenes* en niños asistidos en un efector público de salud Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). A partir de esta primera comunicación se intensificó la vigilancia de este evento, obteniéndose hasta el momento los siguientes resultados:

- Según la fecha de inicio de los síntomas, se registraron entre las SE 34 y 37 (desde el 19 de agosto hasta el 14 de septiembre), 16 casos de enfermedad invasiva por *S. pyogenes*. Los casos hasta ahora informados se encuentran localizados por lugar de residencia en 6 jurisdicciones (ver Tabla 1).

- De los 16 casos, 15 son menores de 8 años (de 7 meses a 7 años) y sólo un caso corresponde a un adulto varón de 40 años, en la provincia de Buenos Aires. No se observan diferencias por sexo.

- La presentación clínica más frecuente es la respiratoria; sin embargo de las muestras analizadas, los aislamientos se obtuvieron en su mayoría a partir de hemocultivos.

- Al momento actual sólo dos casos refieren factores de riesgo previos (varicela y escarlatina) y tres de los pacientes presentaron coinfección con influenza A. De los casos restantes, no se refieren comorbilidades o factores de riesgo predisponentes para enfermedad invasiva por *S. pyogenes*.

- Según informó el Laboratorio de Referencia, de los seis casos que llegaron al mismo hasta el momento con aislamientos confirmados para *S. pyogenes*, ninguno presentó resistencia antibiótica.

Vigilancia de las infecciones invasivas bacterianas

La enfermedad invasiva bacteriana es un evento notificable en el SNVS. Las muestras tomadas en los laboratorios institucionales con identificación de *S. pyogenes* deben derivarse al Servicio de Bacteriología Especial (INEI-ANLIS), el cual confirmará la identificación y determinación del tipo M y derivará los mismos al Servicio Antimicrobianos (INEI-ANLIS), para estudios de resistencia antimicrobiana.

Según la presentación clínica, los casos deben notificarse en la modalidad nominal del SNVS 2.0, en alguno de estos tres eventos nominales:

- Infección respiratoria aguda bacteriana (neumonías u otra infección respiratoria aguda baja), consignando en la clasificación el agente etiológico.
- Meningoencefalitis, consignando en la clasificación el agente etiológico.

Provincia/Región	Casos	Fallecidos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	3	1
Buenos Aires	7	2
Santa Fe	1	1
Centro	11	4
Misiones	1	1
NEA	1	1
Catamarca	3	1
NOA	3	1
Río Negro	1	1
Sur	1	1
Total Argentina	16	7

Tabla 1. Casos notificados y fallecidos, según provincia y región. Argentina. Año 2018, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina. (Se listan solamente las provincias y regiones que han notificado casos).

¹ El presente informe fue elaborado en conjunto con el servicio de Bacteriología Especial del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS).

- Otras infecciones invasivas.

Consideraciones finales

Los casos se encuentran notificados oportunamente en el SNVS durante la SE 36 bajo el evento 'Enfermedad bacteriana invasiva'.

Los casos de infección invasiva por *S. pyogenes* pueden esperarse con mayor frecuencia para esta época del año.

En este contexto se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica y el tratamiento precoz de las infecciones invasivas bacterianas en los servicios de salud.
- Derivar las muestras con identificación del patógeno al Servicio de Bacteriología Especial (INEI-ANLIS), el cual confirmará identificación y determinación del tipo M y derivará los mismos al Servicio de Antimicrobianos (INEI-ANLIS), para estudios de resistencia antimicrobiana.

La situación epidemiológica y nuevas recomendaciones se actualizarán a medida que avancen las investigaciones de los casos en las jurisdicciones afectadas.

América



Estados Unidos: North Dakota y South Dakota están entre los estados más afectados por la fiebre del Nilo Occidental

16 de septiembre de 2018 – Fuente: Outbreak News Today

North Dakota y South Dakota son dos de los estados más afectados por el virus del Nilo Occidental en 2018, con un total de 232 casos humanos reportados hasta la semana pasada.

El Departamento de Salud de South Dakota reportó 124 casos humanos de fiebre del Nilo Occidental hasta el 12 de septiembre, de los cuales, 43 requirieron hospitalización. Se han registrado dos muertes.

Se han informado casos humanos en 46 de los 66 condados, siendo Brown y Minnehaha los que notificaron más casos, con 13 y 11, respectivamente.

En tanto, los funcionarios de salud de North Dakota reportaron 108 casos hasta el 10 de septiembre. Treinta y dos personas requirieron hospitalización y no se han reportado muertes.

Alrededor de la mitad de los 53 condados del estado han reportado casos humanos; el condado de Burleigh notificó 42 casos, lo que representa 39% de los casos del estado.

Segundo Enfoque Perú: Aumentaron este año los casos de tos convulsa

11 de septiembre de 2018 – Fuente: Segundo Enfoque (Argentina)

Según un reporte del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, hasta el mes de agosto se habían registrado 488 casos de tos convulsa en Perú, con 8 defunciones.

Esta cifra demuestra un incremento de casos de personas infectadas en Perú con la bacteria *Bordetella pertussis*, ya que en 2016 se registraron 59 casos; en 2017, 300; mientras que hasta el mes de agosto de 2018 se reportaron 488 casos.

Ante esta situación, el Ministerio de Salud decidió incluir la vacuna contra la tos convulsa como parte del Esquema Nacional de Vacunación, acción que llevará a que en el año 2019 esta vacuna sea de acceso gratuito.

Es importante destacar, que los grupos más vulnerables a la bacteria que ocasiona la tos convulsa, son los niños y las mujeres embarazadas, ya que estas últimas pueden contagiar al bebé con la bacteria.

Según los especialistas, la mejor prevención es la vacunación, más aún si se toma en cuenta que no en todos los centros de salud tienen el equipamiento indicado para tratar como se debe a las personas infectadas.

Para las autoridades médicas, es necesario que la población tenga claro que la tos convulsa es una enfermedad bacteriana altamente contagiosa que ocasiona una tos violenta e incontrolable y que puede dificultar la respiración.



República Dominicana: Los caficultores están muy expuestos a los plaguicidas

3 de agosto de 2018 – Fuente: International Journal of Environmental Research and Public Health

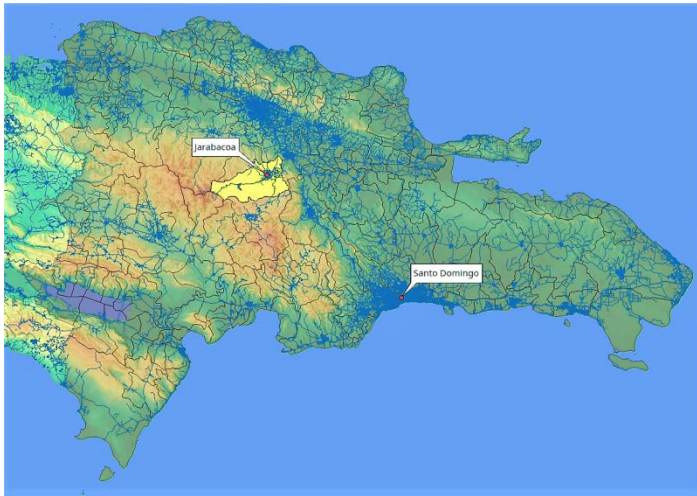
En algunas zonas agrarias de República Dominicana, como Jarabacoa, en el centro del país, más de 80% de los caficultores que tiene contacto frecuente con pesticidas no usa ningún tipo de protección, lo que además de ser un riesgo importante para su salud, desmiente la afirmación de que esos productos son seguros porque se aplican con medidas apropiadas como mascarillas y guantes.

En muestras extraídas de la boca de 38 caficultores que utilizan plaguicidas regularmente, se detectó la presencia de químicos capaces de alterar el rol de las enzimas involucradas en la replicación del ADN de su cuerpo y por tanto, favorecer mutaciones y la aparición de cáncer.



La mayoría de los caficultores analizados usa productos como el glifosato que estudios epidemiológicos previos relacionan con un mayor riesgo de linfoma no Hodgkin y leucemia. Precisamente, el pasado 10 de agosto un jurado de San Francisco, Estados Unidos, ordenó a Monsanto pagar una indemnización de casi 290 millones de dólares a un ex jardinero que adujo haber contraído linfoma no Hodgkin tras haber usado durante varios años en sus fumigaciones un herbicida de esa multinacional que contiene glifosato.

Los resultados demuestran que la exposición a una mezcla de agroquímicos puede tener consecuencias para la salud a largo plazo y sugiere que los usuarios de pesticidas podrían tener un mayor riesgo de desarrollar cáncer.



Mapa 1. Sitio donde se llevó a cabo la investigación.

En este trabajo se decidió analizar un marcador temprano de daño celular a partir de un material de fácil acceso.

Como 90% de los cánceres tiene origen epitelial, se decidió usar la mucosa bucal como el sitio idóneo para buscar cancerígenos inhalados o ingeridos. Además, esta prueba es de bajo costo y eficiente en lugares donde hay difícil acceso y se carece de electricidad para almacenar muestras.

Ante los resultados de este estudio, se destaca la urgencia de reforzar las medidas de seguridad en las fincas para evitar el contacto directo con el material y disminuir o sustituir el producto por otro que no tenga tanto impacto. Y si la situación es seria, los gobiernos deberían considerar prohibir el uso de estos químicos.

En América Central y del Sur –así como en Asia y África– se usan muchos pesticidas en gran volumen –incluso algunos prohibidos en Estados Unidos y Europa– y los aplican con una protección personal deficiente de los trabajadores. De allí el valor de identificar la presencia de marcadores tempranos de daño celular provocado por los tóxicos en los trabajadores expuestos sin mascarillas ni guantes.

La agricultura orgánica de café también figura como parte de las alternativas que sugieren los autores. Sin embargo, la principal crítica de los productores ante esta propuesta es que no les resulta viable si no tienen un comprador seguro.

Para certificarse como orgánicos, deben dejar de usar plaguicidas por lo menos tres años. Durante ese periodo sin plaguicidas el rendimiento de las plantaciones se reduce, pero no pueden vender más caro porque no tienen la certificación. Cuando finalmente la obtienen, el precio del café orgánico es más alto y no siempre es fácil de colocar.

El empleo de plantas resistentes a la roya de café importadas de otras latitudes es un plan que se hace ya en este país, según el Instituto Dominicano del Café. De esta manera, se disminuye el uso de plaguicidas.²

La leptospirosis es causada por la bacteria *Leptospira* y la sufren personas y animales de todo el mundo. Los principales síntomas incluyen fiebre, diversos dolores musculares y óseos, insuficiencia renal, hemorragias y afectación de las meninges. No obstante, la capacidad de la bacteria para causar estos problemas y para saltar de unas especies a otras depende de sus diferentes cepas. Una reciente investigación describe por primera vez las características de las variantes de *Leptospira* que afectan al ganado de Uruguay.

La leptospirosis se transmite con mayor frecuencia a los seres humanos a través del agua contaminada, y se observan brotes en áreas tropicales y subtropicales después de grandes lluvias o inundaciones. El agua puede contaminarse



Una veterinaria recoge muestras en una granja.

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

inicialmente a través de la orina de animales infectados, incluyendo ratas, ganado, caballos, ovejas, cerdos y perros. En Uruguay este problema es especialmente grave ya que las exportaciones de carne y productos lácteos son las principales fuentes de ingresos del país.

Para determinar la identidad de las variantes de *Leptospira* que infectan al ganado en Uruguay y si representan un riesgo potencial para los humanos, se tomaron muestras de orina y sangre de 963 bovinos en 48 granjas de carne y leche en todo el país. Además, se recolectaron orina y muestras de riñones de 577 animales de 22 mataderos. Cada muestra se analizó para determinar la presencia de *Leptospira* y, de estar presente, la cepa exacta.

Se encontró que 20% de todas las muestras de ganado arrojaron *Leptospira* patógena en su orina, lo que representa un gran riesgo para la salud pública. Se aislaron 40 cepas diferentes de la bacteria, descubriendo una variabilidad inesperadamente grande. Las bacterias identificadas incluyeron tres aislamientos raros no detectados mediante pruebas normales, y dos serotipos de la bacteria que coincidían exactamente con aquellos previamente aislados de pacientes con leptospirosis.

El informe ayudará a mejorar las herramientas de diagnóstico y la comprensión de la epidemiología de la leptospirosis en América del Sur. Las cepas detectadas también podrían usarse como nuevos componentes dentro de las vacunas bacterinizadas para proteger contra las cepas patógenas de *Leptospira* que actualmente están circulando, una medida directa para reducir el riesgo de la leptospirosis humana.³

El mundo

EL PAÍS España: Dos casos de personas mordidas por murciélagos con rabia

13 de septiembre de 2018 – Fuente: El País (España)

Una mujer de 59 años en Valladolid (Castilla y León) y un joven de 19 años en Huelva (Andalucía) han tenido que recibir este verano el tratamiento antirrábico tras ser mordidos por murciélagos portadores del virus de la enfermedad. El primer caso ocurrió el 21 de junio en una urbanización cercana a la capital castellana, cuando la mujer abrió un armario en su casa y fue atacada por el animal. El segundo, en Huelva, se produjo solo dos días más tarde cuando el afectado vio que su gato juguetaba con un murciélago y, al tratar de quitárselo, sufrió el mordisco. Desde 1987, en España solo se habían registrado 17 casos de agresiones de murciélagos a personas.

Los dos afectados se encuentran bien ya que acudieron a centros sanitarios, donde se les aplicó el tratamiento postexposición previsto en estos casos: el lavado de la herida, una inyección de inmunoglobulina antirrábica y una pauta de vacunas. En ambos casos, las dos personas llevaron consigo a los murciélagos, lo que permitió remitirlos al Centro Nacional de Microbiología. Los análisis revelaron que eran portadores del *Lyssavirus* de murciélagos europeos tipo 1 (EBLV-1).

“Han tenido y suerte y los servicios sanitarios han funcionado bien”, afirmó Rufino Álamo, jefe del Servicio Observatorio de Salud Pública de la Junta de Castilla y León. “La rabia es mortal en prácticamente 100% de los casos si llega a desarrollarse. Es importante recordarlo para que cualquier persona, ante un caso similar, se lave bien la herida con agua y jabón y acuda de inmediato a la red sanitaria pública. Es bueno también explicar a los niños, que suelen jugar con el animal si se lo encuentran, que no deben tocarlo y que, en caso de ser mordidos, avisen de inmediato a sus padres”, añadió.

La coincidencia de dos casos en sólo tres días, aunque llamativa, no es estadísticamente significativa, sostienen los expertos. “Puede ser una casualidad o el primer indicio de algo, pero no tenemos datos para extraer conclusiones”, explicó Elías Fernando Rodríguez Ferri, catedrático de Sanidad Animal de la Universidad de León.

Los virus de la rabia forman una familia de una quincena de miembros que cursan lo que los investigadores denominan “dos ciclos”. El llamado “urbano”, causado por solo un virus, provoca unas 60.000 muertes al año en el mundo, casi siempre por mordeduras de perro en países en desarrollo. “El perro recibe el virus de algún animal silvestre y, si no ha sido vacunado, desarrolla la enfermedad. Cambia su comportamiento, se vuelve agresivo y transmite la rabia mordiendo a otros mamíferos de su entorno –gatos, caballos, etc.– y también a los seres humanos”, explicó Rodríguez Ferri.

La vacuna en perros no es obligatoria en tres comunidades

Tras décadas sin casos de rabia transmitida por perros, los expertos temen que las autoridades españolas estén relajando las medidas de prevención para evitar la expansión del virus, algo “peligroso si tenemos en cuenta que en un país vecino como Marruecos la rabia no está erradicada”, sostuvo Rodríguez Ferri. Como ejemplo pone “la disparidad de normativas autonómicas existente”. En Catalunya, Galicia y Euskadi, por ejemplo, no es obligatorio vacunar a los perros contra la rabia. Esto no quiere decir que las vacunas no se apliquen (la gran mayoría de veterinarios lo recomiendan), pero “la falta de obligatoriedad abre una brecha preocupante”, añadió Rodríguez Ferri.

En Murcia, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Andalucía es obligatorio vacunar a perros, gatos y hurones, mientras en Castilla y León, Aragón, Extremadura, Islas Baleares, Canarias, Cantabria, Navarra y La Rioja lo es solo para perros. En Asturias la normativa obliga a vacunar a las “especies potencialmente peligrosas”, pero no precisa cuáles.

En Ceuta y Melilla la situación es mucho más delicada por la cercanía con Marruecos, con lo que las campañas de vacunación a los animales son mucho más estrictas y frecuentes.

En opinión de Rodríguez Ferri, “esta situación es incomprensible”. “Sería necesario que las comunidades coordinaran mejor sus exigencias o que los ministerios implicados impusieran unos requisitos mínimos”.

Un estudio reciente de la Universidad de Zaragoza y el Centro Nacional de Microbiología alertó de la escasa inmunización de los canes analizados en albergues y casas de acogida de animales de Aragón. Los investigadores analizaron 122 perros procedentes de las tres provincias de la comunidad y descubrieron que “91% no presentaban anticuerpos contra la rabia en el momento de entrar en los centros de acogida”. El estudio concluyó que “sería recomendable ampliar los análisis a un ámbito territorial más amplio”.

³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



El último brote en España del ciclo urbano se produjo en Málaga en 1975 y causó la muerte de dos personas. Fue, tras las campañas masivas de vacunación a perros y gatos de las décadas de 1960 y 1970, el último latigazo de la enfermedad en el país. En 2004, sin embargo, una mujer de origen marroquí murió en Madrid tras haber contraído la enfermedad en su país, donde la rabia en perros aún no ha sido erradicada.

El "ciclo de los murciélagos" lo causan todos los demás virus de la familia. Algunos hacen enfermar a los animales (hay una decena de especies de murciélagos en España, todas ellas insectívoras), pero en otros este actúa como reservorio. Es decir, el murciélago es portador del virus y lo puede transmitir, pero a él no le causa ningún daño. "En este caso, el virus salta directamente del reservorio al hombre. Si alguien entra en contacto con un murciélago, se arriesga a que le transmita el virus. Por esto es importante no tocarlos, ni vivos ni muertos. Son especies protegidas muy beneficiosas para los ecosistemas. No hay que hacerles ningún daño. Pero tampoco tocarlos en ningún caso", explicó Rodríguez-Ferri.

En el resto de Europa, una docena de personas han muerto en las dos últimas décadas tras ser mordidas por murciélagos y no pedir asistencia médica hasta desarrollar los primeros síntomas, cuando el avance de la rabia ya es imparable. En Estados Unidos se producen unas tres muertes anuales por este motivo.

Solo media docena de personas han sobrevivido a la rabia sin haber sido vacunadas y tras el inicio de la enfermedad. Ha sido gracias al llamado protocolo de Milwaukee, que consiste en provocar un coma farmacológico al enfermo y administrarle antivirales. El protocolo, sin embargo, no tiene éxito en la mayoría de las ocasiones.



Indonesia, Lombok: Estado de emergencia sanitaria por el aumento de los casos de malaria

14 de septiembre de 2018 – Fuente: EFE

El gobierno municipal de Lombok Barat decretó el estado de emergencia sanitaria por el aumento de los casos de malaria en la isla, donde una serie de sismos entre el 29 de julio y el 19 de agosto causaron más 550 muertos, informó hoy la Cruz Roja.

La portavoz de la Cruz Roja y la Media Luna Roja en Lombok, Sidney Morton, declaró que están repartiendo mosquiteros y esterillas en la zona afectada para combatir la emergencia sanitaria.

Morton añadió que la distribución de agua limpia es otra de las necesidades en las que trabajan ya que "no hay sistema de recolección de la basura y muchas de las tuberías han sido dañadas por los terremotos; hay enormes riesgos y preocupaciones por esto".

El jefe de distrito de Lombok Barat, Fauzan Khalid, aprobó la medida el 12 de septiembre después de que el número de infectados superase el centenar y se extendiesen del subdistrito de Gunung Sari, donde se registró el brote, a los adyacentes de Batu Layar y Lingsar.

El número de casos de malaria llegó el 13 de septiembre a 128, incluidos una mujer embarazada y varios niños, pero no se ha producido ninguna muerte, según el director de la agencia de salud de Lombok Barat, Rahman Sahnun Putra.

El brote de malaria se produce cuando Lombok, isla vecina a Bali, intenta recuperarse de la serie de terremotos que la sacudió entre julio y agosto y que dejó más de 550 muertos.

Al menos 460 personas murieron en el terremoto de 6,9 grados que ocurrió el 5 de agosto y al que le han sucedido más de un millar de réplicas que todavía continúan.

Cerca de 390.000 personas siguen acogidas en campamentos de desplazados a lo largo de la isla y más de 80.000 edificios sufrieron daños, la mitad de ellos graves.

Indonesia se asienta sobre el llamado Anillo de Fuego del Pacífico, una zona de gran actividad sísmica y volcánica en la que cada año se registran unos 7.000 terremotos, la mayoría moderados.



Grecia: Caso importado de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

30 de agosto de 2018 – Fuente: Eurosurveillance

El 30 de mayo de 2018, un hombre griego de alrededor de 40 años regresó a Grecia después de pasar 23 días en una zona boscosa en la provincia de Blagóevgrad, en el sudoeste de Bulgaria, donde trabajaba en la construcción de un puente. Tres días antes (27 de mayo, día 1), mientras estaba en Bulgaria, desarrolló fiebre, dolor de cabeza intenso, mialgia (principalmente en las extremidades inferiores), malestar general y pérdida de apetito; el 28 de mayo visitó un hospital local y recibió tratamiento sintomático como paciente ambulatorio. A medida que su condición empeoró (aparición de fotofobia y dolor abdominal) regresó a su residencia permanente en el norte de Grecia. El 31 de mayo (día 5), el paciente ingresó en un hospital local. Fue trasladado al hospital universitario en Alexandroupolis al día siguiente.

El día 6, el primer día después de la admisión al hospital en Alexandroupolis, se le preguntó al paciente si había sufrido recientemente una picadura de garrapata, y mencionó que el 26 de mayo había encontrado y retirado una garrapata de su abdomen, pero que no la había reportado al hospital de Bulgaria ni al primer hospital de Grecia.

Con base en que el paciente fue picado por una garrapata en un área de Bulgaria donde se han informado previamente casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC), se sospechó de esta enfermedad. Se tomaron muestras de sangre y suero el día 9 de la enfermedad, y se enviaron al Centro Nacional de Referencia, las cuales fueron positivas para CCHF mediante por serología y reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se demostró que la cepa del paciente se agrupaba en el linaje Europa 1 del virus de la FHCC, junto con otras cepas de la península de los Balcanes.

Después de la confirmación por laboratorio, y aunque habían transcurrido 10 días desde el inicio de la enfermedad, se inició tratamiento con ribavirina por vía oral. El día 14, la condición del paciente mejoró y los parámetros de laboratorio volvieron gradualmente a los niveles normales, momento en el que se suspendió la ribavirina. El paciente fue dado de alta el día 26. Una semana más tarde fue reevaluado (clínicamente y en laboratorio) y se lo encontró en buenas condiciones.

Después del diagnóstico de FHCC se investigó inmediatamente el caso: se entrevistaron a familiares cercanos y sus contactos mientras estuvo enfermo (en Bulgaria y en Grecia). Los contactos cercanos fueron estudiados para FHCC y se controlaron durante 14 días para detectar cualquier síntoma.⁴



Nigeria: Reportan 262 casos de viruela símica en el último año

12 de septiembre de 2018 – Fuente: Nigeria Centre for Disease Control (Nigeria)

El Centro Nigeriano para el Control de Enfermedades (NCDC) ha sido informado sobre dos casos confirmados de viruela símica en Gran Bretaña, en pacientes con antecedentes de viaje reciente a Nigeria.

Desde la reemergencia de la viruela símica en Nigeria en septiembre de 2017, el NCDC ha continuado recibiendo informes y respondiendo a los casos de la enfermedad en estados de todo el país. Entre septiembre de 2017, cuando comenzó el brote, y el 31 de agosto de 2018, se informó un total de 262 casos sospechosos en 26 estados. De estos, 113 han sido confirmados en 16 estados, con siete muertes. El mayor número de casos ha sido reportado por los estados de la Región South-South Nigeria.⁵

Tras el reciente informe de los dos casos en Gran Bretaña, el NCDC ha estado trabajando con la Agencia de Salud Pública de Gran Bretaña, Salud Pública de Inglaterra, los departamentos de salud pública en los estados afectados y otros asociados en Nigeria para investigar estos casos. El NCDC también ha estado trabajando estrechamente con los estados de todo el país para fortalecer la vigilancia, la detección y la respuesta a los casos de viruela símica. Un grupo de trabajo técnico coordinado por el NCDC y compuesto por asociados del Ministerio Federal de Agricultura y Desarrollo Rural, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, y otras agencias, se reúnen semanalmente para garantizar la coordinación. Además, el NCDC se reunió con las partes interesadas recientemente, incluyendo a los oficiales de vigilancia y los médicos encargados de la gestión de casos de todos los estados afectados para revisar las medidas adoptadas hasta el momento y elaborar estrategias para fortalecer la respuesta del país.

El NCDC asegura contar con la capacidad para diagnosticar y responder eficazmente a los casos de viruela símica. El Laboratorio Nacional de Referencia en Abuja tiene la capacidad de analizar los casos, con un tiempo de respuesta rápido. Por lo tanto, alienta a los trabajadores de la salud que sospechen de un caso de viruela símica a comunicarse con el equipo de Epidemiología del Estado para tomar las medidas adecuadas.

⁴ La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (género *Orthonairovirus*, familia *Nairoviridae*) circula en la naturaleza en un ciclo enzoótico entre las garrapatas y los vertebrados no humanos. Se transmite a los humanos por la picadura de garrapatas infectadas de la familia Ixodidae (principalmente *Hyalomma* spp.) o por contacto con sangre o tejidos de pacientes o animales virémicos. A menudo se informan infecciones nosocomiales.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) fue reconocida por primera vez en Bulgaria en 1952; desde entonces, han sido reportados varios casos. La caracterización genética de las cepas búlgaras mostró que se agrupan en el clado Europa 1. Este caso se infectó en un área que se consideró de bajo riesgo de brotes de FHCC hasta 2008, cuando se observó un clúster de casos en la región. Aunque la seroprevalencia en la población humana en la provincia de Blagóevgrad es baja (1%), recientemente se notificó una seroprevalencia de 41,9% en el ganado. Debido a que el virus de la FHCC se transmite principalmente por la picadura de garrapatas infectadas, las personas que viven en áreas rurales corren un mayor riesgo de contraer la infección.

Respecto de Grecia, hasta el momento no se han informado otros casos importados y el único caso autóctono se registró en 2008. Una revisión de los casos de FHCC asociados con viajes durante 1960-2016 detectó 21 casos; se notificaron dos casos importados dentro de Europa: de Bulgaria a Alemania en 2001, y de Bulgaria a Gran Bretaña en 2014.

Debido a la alta patogenicidad del virus de la FHCC, la ausencia de un tratamiento farmacológico o vacuna específicos, y el riesgo de transmisión de persona a persona, el diagnóstico rápido es crucial para garantizar que se implementen de manera oportuna las medidas adecuadas de control de infecciones (por ejemplo, aislamiento del paciente y precauciones de barrera). Para el diagnóstico oportuno de la enfermedad es importante contar con un historial médico detallado del paciente, incluidos los antecedentes de viaje y los posibles factores de riesgo. En este caso, la información con respecto a la picadura de la garrapata no se proporcionó de inmediato y esto, en combinación con síntomas iniciales no específicos, logró que se sospechara FHCC recién el día 8 de la enfermedad. A pesar de este retraso, el paciente se recuperó por completo y no se han notificado casos secundarios. Dado que la parte norte de Grecia está cerca de los países endémicos de FHCC, los trabajadores de la salud de esta región deben estar conscientes de la enfermedad; esto incluye la capacitación para obtener información acerca del historial de viajes (para identificar el riesgo potencial de exposición). Los médicos deben incluir la FHCC en el diagnóstico diferencial para pacientes con síndromes hemorrágicos, especialmente si estos informan una picadura de garrapata, actividades al aire libre u ocupación en áreas rurales y viajes recientes a un área endémica.

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

⁵ South South Nigeria es una de las zonas geopolíticas de Nigeria, que consta de los siguientes estados: Akwa Ibom, Cross River, Bayelsa, Rivers, Delta y Edo.

Seis semanas después del comienzo del brote de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo, la situación general ha mejorado desde el peor momento de la epidemia; sin embargo, aún existen riesgos significativos debido a la detección continua de casos esporádicos en las zonas sanitarias de Mabalako, Beni y Butembo, en la provincia de Nord-Kivu. Mientras que la mayoría de las comunidades han acogido las medidas de respuesta, como el control diario de los contactos y la vacunación cuando corresponde, en algunos, los riesgos de transmisión y la mala evolución de los enfermos se han visto favorecidos por conductas inadecuadas, con reticencia a adoptar conductas de prevención y mitigación de riesgos. Ha habido dificultades con las actividades de rastreo de contactos, debido al constante movimiento de personas entre las zonas sanitarias, los individuos que se esconden cuando desarrollan los síntomas e informes de resistencia de la comunidad. Los riesgos aumentan debido a la transmisión continua en los establecimientos de salud locales debido a las deficientes medidas de prevención y control de infecciones (PCI), los informes esporádicos de entierros inseguros y la detección de casos en áreas difíciles de alcanzar e inseguras.

Desde el 5 de septiembre, se han notificado ocho nuevos casos de EVE, todos confirmados: tres en la zona sanitaria de Beni, tres en la de Butembo y dos en la de Mabalako. Los ocho casos nuevos se han relacionado directamente con una cadena de transmisión en curso proveniente de una comunidad en Beni.

De los tres nuevos casos de Butembo, uno era un hombre adulto de Mangina que informó una enfermedad anterior y que fue confirmada por laboratorio después de la recuperación, mediante el análisis de una muestra de semen cuando a su cónyuge se le diagnosticó EVE. Dado que él estaba asintomático desde que viajó a Butembo, el riesgo de transmisión posterior de este individuo es mínimo. Los otros dos casos fueron trabajadores de la salud que atendieron un caso posteriormente confirmado en un pequeño puesto de salud y al que asistieron en su traslado a un hospital de tercer nivel. Esto lleva el total a 19 casos reportados entre trabajadores de la salud: 18 fueron confirmados por laboratorio y tres murieron. Las 19 exposiciones ocurrieron en establecimientos de salud locales fuera de los centros de tratamiento del Ébola (CTE).

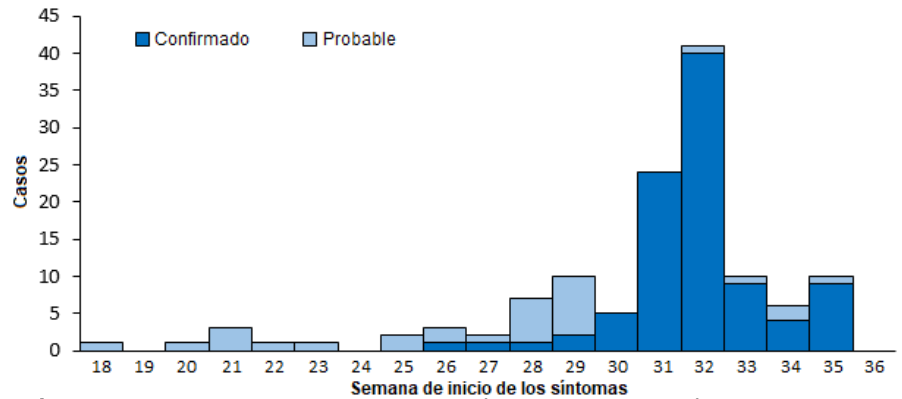
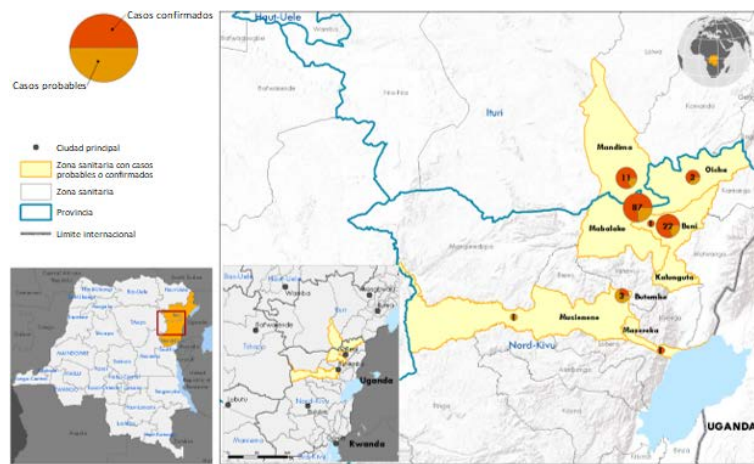


Gráfico 1. Casos confirmados y probables, según semana epidemiológica de inicio de la enfermedad. República Democrática del Congo. Año 2018. Datos al 12 de septiembre (n=137). Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Mapa 2. Casos confirmados y probables, según zona sanitaria. República Democrática del Congo, provincias de Nord-Kivu e Ituri. Año 2018, hasta el 12 de septiembre (n=137). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Hasta el 12 de septiembre de 2018, se notificó un total de 137 casos de EVE (106 confirmados y 31 probables), incluidas 92 muertes (61 confirmadas y 31 probables), en siete zonas sanitarias de la provincia de Nord-Kivu (Beni, Butembo, Kalunguta, Mabalako, Masereka, Musienene y Oicha) y la zona sanitaria de Mandima en la provincia de Ituri (ver Mapa 2). Continúa una tendencia general decreciente en la incidencia de casos semanales (ver Gráfico 1); sin embargo, estas tendencias deben interpretarse con precaución debido a las demoras esperadas en la notificación de los casos y la continua detección de casos esporádicos. De los 130 casos probables y confirmados para los que se conoce información sobre la edad y el sexo, los adultos de 35 a 44 años (22%) y las mujeres (57%) presentan las mayores proporciones de casos (ver Gráfico 2).

Las alertas por sospecha de casos de fiebre hemorrágica viral en las áreas afectadas por el brote, en otras provincias de la República Democrática del Congo y en los países vecinos siguen siendo objeto de un estrecho seguimiento y se investigan rápidamente. En las áreas afectadas por el brote, se notificaron 15-31 nuevas alertas cada día durante la última semana, de las cuales se verificaron entre 4 y 16 alertas como nuevos casos sospechosos que requieren mayor investigación y pruebas. Hasta el 12 de septiembre, 17 casos sospechosos están pendientes de análisis para confirmación. Además, se descartó la enfermedad para alertas recientes en las provincias de Kasaji, Tanganyika, Tshopo y Kinshasa, así como para todas las alertas de los países vecinos.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud continúa fortaleciendo las medidas de respuesta, con el apoyo de la OMS y sus asociados. Las prioridades incluyen la coordinación de la respuesta, la vigilancia, el rastreo de contactos, la capacidad de laboratorio, la prevención y el control de infecciones, el manejo clínico, la vacunación, la comunicación de riesgos y la

participación de la comunidad, los entierros seguros y dignos, la vigilancia transfronteriza y las actividades de preparación en las provincias vecinas. La OMS y sus asociados también están llevando a cabo actividades de preparación en los países vecinos.

- Al 13 de septiembre, la OMS ha desplegado 190 expertos para apoyar actividades de respuesta que incluyen coordinadores de emergencias, epidemiólogos, expertos de laboratorio, expertos en logística, especialistas en atención clínica, comunicadores y especialistas en participación comunitaria.
- Se han registrado hasta la fecha más de 5.500 contactos, de los cuales 1.751 permanecían bajo vigilancia al 12 de septiembre. De estos, 75-92% fueron seguidos diariamente durante los últimos siete días. Un descenso en las tasas de desempeño de rastreo de contactos observado a principios de la semana se atribuyó en parte a los retrasos y desafíos en el establecimiento de equipos de rastreo de contactos en casos recientes en las zonas de salud de Butembo y Masereka. Los equipos de respuesta están trabajando para abordar estos desafíos y se han observado mejoras en la proporción de contactos alcanzados con éxito en los últimos días. Se están revisando las estrategias para garantizar que las personas con alto riesgo de enfermedad se prioricen, se detecten rápidamente, se aislen y se internen para su tratamiento si desarrollan síntomas.
- Hasta el 13 de septiembre, se han definido 52 anillos de vacunación, además de 17 anillos de trabajadores de la salud y otros trabajadores de primera línea. Estos anillos incluyen los contactos (y sus contactos) de los 55 casos confirmados en las últimas tres semanas. Hasta la fecha, 8.902 personas dieron su consentimiento y fueron vacunados, incluidos 2.951 trabajadores de atención médica o de primera línea, y 2.054 niños.
- Para apoyar al Ministerio de Salud, la OMS está trabajando intensamente con una amplia gama de asociados regionales e internacionales, multisectoriales y multidisciplinarios, y partes interesadas, en la respuesta al brote, la investigación y la preparación urgente, incluso en los países vecinos. Estos asociados incluyen la secretaría de la Organización de Naciones Unidas y agencias hermanas, incluyendo la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), el Comité Permanente entre Organismos (IASC); el Banco Mundial y bancos regionales de desarrollo; la Unión Africana y los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades, y agencias regionales; la Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN), el Comité de Coordinación, redes técnicas y socios operativos, y la Iniciativa de Equipo Médico de Emergencia. Los asociados de la GOARN continúan apoyando la respuesta a través del despliegue para la respuesta, y las actividades de preparación en las provincias no afectadas y en los países vecinos.
- Los CTE están en pleno funcionamiento en Beni y Mangina con el apoyo de la Alianza para la Acción Médica Internacional (ALIMA) y Médicos Sin Fronteras (MSF), respectivamente. MSF Suiza y el Ministerio de Salud están construyendo un CTE de 10 camas en Butembo, que se espera que esté operativo antes del 15 de septiembre y que sustituirá al actual centro de tránsito. En Beni, ALIMA planea ampliar la capacidad de tratamiento en las próximas dos semanas. Se está construyendo un CTE de 20 camas en Makeke, en la provincia de Ituri, con el apoyo de los Cuerpos Médicos Internacionales (IMC), que se espera que esté operativo durante la semana del 17 de septiembre. Un centro de tránsito de MSF ya está en funcionamiento en Makeke. Samaritan's Purse continúa apoyando a la unidad de aislamiento en Bunia.
- Los CTE continúan proporcionando productos terapéuticos bajo el uso de emergencia supervisado del protocolo de intervenciones experimentales no registradas (MEURI) en colaboración con el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB). La OMS proporciona experiencia clínica técnica *in situ* y está ayudando a crear una junta de gestión de seguridad de los datos.
- El Ministerio de Salud, la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Cruz Roja y sus asociados están intensificando las actividades para colaborar con las comunidades locales de Beni, Butembo y Mangina. Líderes locales, líderes religiosos, líderes de opinión y redes comunitarias como grupos juveniles y taxistas de motos se están comprometiendo diariamente para apoyar el alcance comunitario para la prevención de la enfermedad y la búsqueda temprana de atención a través de diálogos activos en radio y comunicación interpersonal. Los comentarios de la comunidad se recopilan sistemáticamente y se abordan sus inquietudes. Los trabajadores locales de primera línea de la comunidad están trabajando en estrecha colaboración con los equipos de respuesta para fortalecer el compromiso de la comunidad y el apoyo psicosocial en el rastreo de contactos, la atención del paciente y los entierros seguros y dignos. El enfoque actual es el de intensificar las actividades dirigidas a abordar las preocupaciones de la comunidad a través de una participación directa con los miembros de la comunidad.
- La Cruz Roja de la República Democrática del Congo, con el apoyo de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (IFRC) y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), está coordinando los entierros seguros y dignos. Hasta el 12 de septiembre, la Cruz Roja ha establecido tres bases operativas en Beni, Mangina y Butembo; en total, están operativos diez equipos de entierros seguros y dignos. Hasta la fecha, se llevaron a ca-

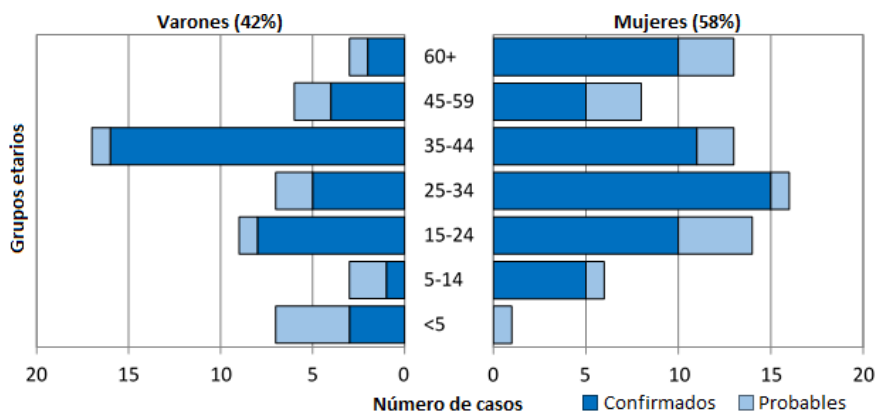


Gráfico 2. Casos confirmados y probables, según grupos etarios y sexo. República Democrática del Congo. Año 2018. Datos al 12 de septiembre de 2018 (n=130) (La edad y sexo se desconoce en siete casos). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

bo con éxito 124 entierros seguros y dignos. La Cruz Roja ha apoyado la capacitación de los equipos para entierros seguros y dignos de Protección Civil, para garantizar la capacidad operativa en las áreas de difícil acceso.

- El examen de salud se ha establecido en 37 puntos de ingreso. Más de tres millones de viajeros han sido evaluados en estos puntos de ingreso.

Evaluación de riesgos de la OMS

Este brote está afectando a las provincias del noreste de la República Democrática del Congo, que limitan con Uganda, Ruanda y Sudán del Sur. Los posibles factores de riesgo para la transmisión de la EVE a nivel nacional y regional incluyen los enlaces de transporte entre las áreas afectadas, el resto del país y los países vecinos; el desplazamiento interno de las poblaciones; y el desplazamiento de refugiados congoleños a países vecinos. El país está experimentando al mismo tiempo otras epidemias (por ejemplo, cólera, poliomielitis derivada de vacunas) y una crisis humanitaria a largo plazo. Además, la situación de seguridad en Nord-Kivu e Ituri continúa obstaculizando la implementación de las actividades de respuesta. Con base en este contexto, se evaluó que el riesgo para la salud pública es alto a nivel nacional y regional, y bajo a nivel mundial.

Como el riesgo de diseminación nacional y regional sigue siendo alto, es importante que las provincias y países vecinos mejoren las actividades de vigilancia y preparación. La OMS continuará trabajando con los países vecinos y asociados para garantizar que las autoridades de salud reciban alertas y estén operativamente listas para responder.

Consejos de la OMS

La OMS aconseja no aplicar restricciones a los viajes y el comercio con la República Democrática del Congo sobre la base de la información actualmente disponible. La OMS sigue monitoreando de cerca y, de ser necesario, verificando las medidas de viaje y comercio en relación con este evento. Actualmente, ningún país ha implementado restricciones a los viajes hacia y desde la República Democrática del Congo. Los viajeros deben consultar a un médico antes de viajar y deben practicar una buena higiene.



Ucrania podría enfrentar una epidemia de difteria, además de la de sarampión

6 de septiembre de 2018 – Fuente: УНІАН (Ucrania)

Unos 32.000 ucranianos fueron diagnosticados con sarampión en menos de dos años. Seis adultos y 12 niños murieron. Además, ya se han informado cuatro casos de difteria en Ucrania.

Los expertos afirman que esto podría ser el comienzo de un nuevo brote.

Los epidemiólogos dicen que el sarampión es un desastre menor, mientras que el mayor comenzará con un brote de difteria: "Imaginemos que solo 19% de los niños nacidos en 2016 están protegidos contra la difteria. Si hay casos, ¿qué tan fácil cree que se propagará la enfermedad? Es solo un año, y venimos así desde hace 10 años".

La última vez que se registró un brote de difteria fue en la década de 1990. Un total de 20.000 personas enfermaron y 700 murieron. El Dr. Andriy Snytsar dice que el riesgo de muerte es extremadamente alto. La difteria afecta los riñones, el corazón y el sistema nervioso.

Se tienen unas pocas horas para salvar a un paciente de difteria. Si el suero se aplica demasiado tarde, tiene muchas posibilidades de morir.

La única protección contra la difteria es la vacunación, y la cantidad de vacunas existentes es suficiente para cubrir las necesidades de Ucrania.

Los adultos deben ser revacunados cada 10 años.⁶



Daily Monitor Uganda, Arua: Brote de carbunco

13 de septiembre de 2018 – Fuente: Daily Monitor (Uganda)

Más de 1.000 animales han muerto por un brote de carbunco en el distrito de Arua, En el noreste de Uganda. La enfermedad también se ha cobrado la vida de dos personas, según el veterinario del distrito, Dr. Willy Nguma.

Los análisis de sangre realizados por el Instituto de Investigación de Virus de Uganda (UVRI), en Entebbe, confirmaron la enfermedad, aunque la Ministra de Salud, Dra. Ruth Aceng, recientemente restó importancia a su presencia en los distritos de Arua y Kween.

⁶ A principios de la década de 1990, una epidemia de difteria surgió en los Nuevos Estados Independientes de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), que incluía Ucrania; la epidemia se atribuyó a la interrupción del suministro de vacunas y las dificultades económicas asociadas a la disolución de la URSS. En 1995 y 1996, como resultado de esfuerzos concertados nacionales e internacionales, los Nuevos Estados Independientes elevaron las coberturas de vacunación de adultos y niños y comenzaron a controlar la epidemia. Sin embargo, siguen notificándose casos de difteria casi todos los años en Ucrania, aunque el número anual de casos ha sido inferior a 10 desde 2011: 2005, 96 casos; 2006, 68 casos; 2007, 81 casos; 2008, 61 casos; 2009, sin casos; 2010, 17 casos; 2011, 8 casos; 2012, 5 casos; 2013, sin casos; 2014, sin casos; 2015, 2 casos; 2016, 4 casos; 2017, sin casos.

Según los informes del distrito, el primer brote se informó en diciembre de 2016 y se confirmó en marzo de 2017, después de que el UVRI sometiera a prueba las muestras de sangre.

Dijo Nguma: "Hemos confirmado mediante pruebas de laboratorio la presencia de carbunco. Hasta el momento, tenemos 28 personas infectadas y hemos registrado dos muertes. Si el ministerio todavía cree que no hay carbunco a pesar de los resultados positivos del laboratorio central del Ministerio de Agricultura, entonces esto es contradictorio. No deberían jugar este juego de negación, porque la vida económica y social de las personas se está viendo afectada".

Estadísticas

Las estadísticas del distrito indican que hasta el momento 1.087 animales han muerto a raíz del brote. Los subcondados de Rigbo, Rhino Camp, Uriama, Odupi, Imvepi y Pawor son los más afectados.

"Hemos tratado de movilizar a los agricultores para que compren sus propias vacunas, pero no están dispuestos a hacerlo. Siempre y cuando los animales no sean vacunados y los cadáveres sean consumidos, el brote no terminará", dijo.

La población de Arua depende económicamente de los animales para ganarse la vida, porque los venden para poder pagar las tasas escolares de sus hijos y mantener a sus familias. Los agricultores están preocupados, porque si continúan perdiendo su rebaño, no estarán en condiciones de cuidar de sus familias.

El distrito pidió al gobierno que suministre las vacunas para contener el brote, pero ha logrado respuesta.

El oficial de salud del distrito, Dr. Patrick Anguzu, dijo: "Tenemos algunos medicamentos que pueden ayudar a tratar a las personas infectadas. Pero estamos sentados en una bomba de tiempo. Hemos estado en contacto con la Organización Mundial de la Salud y el departamento de veterinaria. Hemos desarrollado planes estratégicos, pero por el momento no tenemos fondos para realizar una amplia sensibilización y vacunación".

Sugirió que la mejor manera de acabar con el carbunco es a través de la vacunación y que el distrito ha propuesto que los agricultores se asocien para vacunar a sus animales.



Zimbabwe: Rápida expansión de los casos de cólera

EFE: 15 de septiembre de 2018 – Fuente: EFE

El número de casos sospechosos de cólera en Zimbabwe asciende a más de 4.000 personas, según informó la Organización Mundial de la Salud (OMS), que advirtió de la rápida expansión de la enfermedad.

"Se están registrando entre 400 y 700 casos por día. Son muchos y es un dato muy relevante teniendo en cuenta que en Harare viven dos millones de personas", advirtió Christian Lindmeier, portavoz de la OMS.

Aunque en un principio la enfermedad solo se detectó en la capital, Harare, los últimos informes revelan que también ha afectado a la cercana localidad de Chitungwiza y que se han registrado casos aislados en cinco de las 10 provincias de esa nación del África austral.

Las autoridades informaron del brote el 6 de septiembre y el día 11 declararon el estado de emergencia.

La OMS ha enviado a Zimbabwe expertos epidemiólogos y especialistas para organizar una campaña de vacunación, además de mandar kits con material de rehidratación y antibióticos para tratar a los pacientes.

Lindmeier explicó que si bien se está organizando la campaña de vacunación, lo más importante es centrarse en mejorar las condiciones de higiene y saneamiento, origen del brote.

"Tenemos que responder rápido antes de que quede fuera de control", indicó, y recordó que si bien es de enorme preocupación el hecho de que el epicentro del brote esté en la capital, también hay que "vigilar lo que ocurre en los pueblos remotos".

El Ministerio de Sanidad de Zimbabwe y la OMS alertaron de que esta cepa de la bacteria que causa el cólera parece resistir la acción de los dos tipos de antibióticos disponibles en el país.

Este brote de cólera es ya el más mortal desde 2008, cuando la enfermedad mató a más de 4.000 personas en Zimbabwe y afectó a unas 100.000.

Para prevenir los contagios, la Policía prohibió que se llevaran a cabo reuniones en las calles de Harare después de que se declarase el estado de emergencia.

El mal estado de la red de saneamiento y las roturas de tuberías han contaminado los pozos de los que extraen el agua los habitantes de los suburbios de Harare, ciudad en la que la mayoría de personas no reciben agua corriente en condiciones higiénicas correctas.

Esta es la cuarta vez en los últimos 15 años que el cólera, una enfermedad tratable que causa vómitos y diarrea intensos, y que puede llegar a ser letal si no es tratada a tiempo, afecta a Zimbabwe.



DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Central do SUS
www.saude.gov.br

**A ZIKA
PODE SER
TRANSMITIDA
PELO SEXO
USE
CAMISINHA**

#MOSQUITONÃO

Agora você tem mais um motivo para usar camisinha mesmo durante o período de gestação: ela te protege da transmissão sexual da zika que, além de graves complicações, pode provocar microcefalia em bebês. Proteja a vida.

**UM SIMPLES MOSQUITO PODE MARCAR UMA VIDA.
UM SIMPLES GESTO PODE SALVAR.**

Combata histórias de vida marcadas por essa doença

[Facebook /MinSaude](#)
[Twitter /MinSaude](#)
[YouTube /MinSaudeBR](#)

saude.gov.br/combateaedes

BRASIL
GOVERNO FEDERAL

Ministério da Saúde (2016. 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.