



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.

2.109

17 de octubre 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 encefalitis de Saint Louis
- Corrientes, ciudad de Corrientes: Suman ocho casos de leishmaniosis cutánea en lo que va del año

América

- Bolivia, La Paz: La Asunta en emergencia por un brote de hantaviriosis
- Brasil: El dengue durante el embarazo aumenta el riesgo de anomalías cerebrales en los recién nacidos
- Estados Unidos: Preocupa el aumento de casos de mielitis flácida aguda
- Perú: Determinados subtipos del virus del papiloma humano incrementarían notablemente el riesgo de adquirir el VIH
- Venezuela: El sarampión se extiende entre los Yanomamis y ya causó 73 muertes

El mundo

- España, Castilla-La Mancha: Primer caso registrado de infección por *Naegleria fowleri*
- España, Comunidad Valenciana: Doce casos de hepatitis A vinculados con un restaurante de Finestrat
- Finlandia: Altos niveles de virus en las bandejas de plástico de los aeropuertos
- India, New Delhi: Aumentan los casos de dengue
- Países Bajos: Permiten vacunarse a los adolescentes aunque sus padres no lo quieran
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola
- Yemen: Vacunan contra el cólera a más de 306.000 personas durante una pausa en los combates
- Zimbabwe: Situación epidemiológica del cólera

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 encefalitis de Saint Louis

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

Provincia/Región	Sin antecedente		Con antecedente	
	Confirmados	Probables	Confirmados	Probables
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	1	—	—
Buenos Aires	—	1	—	—
Córdoba	—	6	—	1
Centro	—	8	—	1
Corrientes	—	1	—	—
Chaco	—	5	—	1
NEA	—	6	—	1
Total Argentina	—	14	—	2

Tabla 1. Casos confirmados y probables, según provincia y región, y antecedente de viaje. Argentina. Año 2018, hasta semana epidemiológica 39. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina.¹

Desde el cierre de período de brote –semana epidemiológica (SE) 29– hasta la SE 39, se notificaron tres casos probables sin registro de antecedente de viajes, en las provincias de Córdoba (SE 30) y Chaco (SE 29 y 32).

EL LITORAL Corrientes, ciudad de Corrientes: Suman ocho casos de leishmaniosis cutánea en lo que va del año

15 de octubre de 2018 – Fuente: El Litoral (Argentina)

En lo que va de 2018 suman ocho los casos diagnosticados de leishmaniosis cutánea en la ciudad de Corrientes, de los cuales uno es sospechoso, ya que sigue en estudio. En este escenario, y pese a que hubo menos incidencia que en años atrás, el Ministerio de Salud Pública de Corrientes avanza con la vigilancia en las zonas endémicas, mientras continúa instando a la población a mantener los ambientes libres de vectores.

“Cuando hablamos de leishmaniosis cutánea debemos partir del hecho de que es transmitida por la picadura del vector conocido popularmente como carachai (*Lutzomyia longipalpis*). Algo muy importante es que en estos casos los perros no son reservorios sino los animales silvestres, es por eso que suelen aparecer casos en ambientes rurales o bien donde hubo desmontes; y la principal sintomatología es una lesión en la piel. Constantemente estamos realizando prevención en las zonas endémicas, porque desde 1982 venimos detectando leishmaniosis tegumentaria”, explicó la jefa del Programa Provincial de Leishmaniosis, Karina Ramos.

En lo que respecta a la situación epidemiológica, detalló: “En lo que va de 2018 se detectaron ocho casos. Los dos primeros se presentaron en febrero: uno de ellos se notificó en el barrio Río Paraná y el segundo en San Antonio Oeste. Luego detectamos en el barrio San Antonio Este, en Esperanza y un caso en Riachuelo. En el segundo semestre en el barrio Doctor Montaña, uno actual en San Martín (que recién inició su tratamiento), y uno que se encuentra en estudio”.

Los estudios para realizar el diagnóstico se llevan a cabo en el Dispensario Dermatológico, donde se realizan las pruebas de diagnóstico, el tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

Asimismo, el director general de Epidemiología, Gustavo Fernández, aseguró que los pacientes se encuentran en buen estado de salud ya que “han presentado buena evolución y respuesta inmediata al tratamiento, que se brinda de manera gratuita a través del Dispensario Dermatológico”.

Zonas

En cada uno de los casos confirmados los pacientes tuvieron un nexo con una zona rural, sea por esparcimiento o por trabajo, y en este sentido remarcan la importancia del uso de repelente a la hora de movilizarse hacia sectores de desmonte o de campo.

Además, en la ciudad hay ciertas zonas consideradas “calientes”, ya que cuentan con un ecosistema favorable para la reproducción del vector y en dichos sectores se llevan adelante las acciones de vigilancia.

Así lo expresó Ramos, quien dijo: “Tenemos algunos barrios que son considerados endémicos, ubicados en el sudoeste de la capital: arrancando en el Río Paraná, San Antonio (Este y Oeste), Doctor Montaña, Santa Margarita, Pirayuí, y se va extendiendo hasta Riachuelo. Allí trabajamos de manera constante en la detección de casos, con charlas informativas y operativos de prevención, porque seguimos encontrando casos”.

En la provincia avanzan los trabajos de detección, prevención e investigación, en un trabajo articulado entre el Dispensario Dermatológico, el Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Veterinaria, la Facultad de Ciencias Exactas, y los diferentes municipios.



¹ Se listan solamente las provincias y regiones que han notificado casos.

laRazón **Bolivia, La Paz: La Asunta en emergencia por un brote de hantavirus**

11 de octubre de 2018 – Fuente: La Razón (Bolivia)

La muerte de efectivos de la Fuerza de Tarea Conjunta (FTC) debido a que contrajeron hantavirus en el municipio paceño de La Asunta, desató la alerta sanitaria en esa región. En lo que va de este año, 34 casos se registraron en el país, 13 de ellos en esa localidad, según la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud.

El fin de semana, dos efectivos encargados de las labores de erradicación de sembrados de coca en esa región de Los Yungas perdieron la vida y otros 13 efectivos militares continúan hospitalizados, dos de ellos en terapia intensiva, debido a esta grave enfermedad. A raíz de este hecho, se ha declarado la cuarentena en tres departamentos de la FTC, por lo que se han suspendido los trabajos de erradicación.

El jefe Nacional de Epidemiología, Vicente González Aramayo, informó el 11 de octubre que a nivel nacional se contabilizan 34 casos de hantavirus; dos en el departamento de Cochabamba, 10 en Santa Cruz, nueve en Tarija y 13 casos en la región de los Yungas del departamento de La Paz.

“Anualmente se reportan entre 25 y 35 casos en todo el país, y este año tendríamos acumulado hasta la fecha 34 casos. Solo en La Asunta, en la última semana se han reportado 13 casos y en ese sentido ya se han tomado las medias correspondientes”, anunció González.

A consecuencia de este hecho, el Ministerio de Salud determinó enviar expertos a ese municipio para que realicen una intervención en los campamentos militares de la FTC.

“En los tres puntos de Inca Huara, Sigwana Chico y Puerto Aroma del municipio de La Asunta se desplazarán 15 médicos, personal de laboratorio, biólogos, personal técnico, expertos en zoonosis y en manejo de roedores, que van a tomar muestras y verificación de especímenes de roedores capturados”, indicó el funcionario.

Dos brigadas conformadas por funcionarios del Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP), del Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA), el Programa de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, médicos de Mi Salud y de las Fuerzas Armadas realizarán la intervención en la zona.

Asimismo, señaló que los expertos realizarán análisis de los ambientes, los alimentos y el agua que se consume en esos campamentos.

Al respecto, el director del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, Freddy Valle Calderón, informó que elaboraron un plan de contingencia, que ya se viene ejecutando desde el 10 de octubre.

Debido a este brote, el alcalde de La Asunta, Reinaldo Calcina Luna, declaró a ese municipio en emergencia por lo que el 12 de octubre se realizó el fumigado de las diferentes unidades educativas, las viviendas, sedes sociales, entre otras.

“Compramos 1.000 litros de lavandina para esa población; conformaremos un equipo grande para poder eliminar a las ratas que son las que portan este mal endémico”, anunció.



Brasil: El dengue durante el embarazo aumenta el riesgo de anomalías cerebrales en los recién nacidos

23 de julio de 2018 – Fuente: *Emerging Infectious Diseases*

La infección por el virus Dengue durante el embarazo puede aumentar en 50% el riesgo de anomalías congénitas neurológicas en el recién nacido y en cuatro veces el de otras malformaciones cerebrales.

Estudios anteriores ya habían revelado que el dengue aumenta en cuatro veces las chances de muerte materna durante el embarazo, riesgo que aumenta en 450 veces si se trata de dengue hemorrágico, la forma más severa de la enfermedad. Otro descubrimiento fue que el dengue duplica la probabilidad de un bebé de nacer muerto o de morir durante el parto, probabilidad que se quintuplica en caso de dengue severo.

Se analizaron los bancos de datos públicos de 16 millones de nacidos vivos en todo Brasil, entre 2006 y 2012, con el fin de investigar si existe alguna relación entre el virus transmitido por *Aedes aegypti* con problemas neurológicos observados en recién nacidos.

Se estudiaron los efectos en el feto y en la mortalidad materna. En el caso del dengue, esta fue la primera vez que se observó este tipo de malformación. Aún no se tiene un modelo teórico o biológico para explicarlo.

Por algún motivo, aún desconocido, en algunos casos el virus tiene fuerza suficiente para cruzar la barrera placentaria y causar malformación al bebé.

El estudio es un primer esfuerzo de la región para encontrar respuestas a la posible relación entre el dengue y las malformaciones congénitas. Sin embargo, el estudio no indica qué tipo de prueba de laboratorio se empleó, una cuestión importante, ya que podría existir un diagnóstico cruzado con otros flavivirus, como por ejemplo, el Zika.



Es importante que se fortalezcan los sistemas de vigilancia epidemiológica, específicamente en registros y control prenatal integrales y con calidad para las gestantes que presenten un cuadro de arbovirosis.

Estas enfermedades siguen siendo un problema de salud pública en la región y requieren de una respuesta institucional y movilización social. Deberían priorizarse los exámenes de diagnóstico de dengue durante el embarazo y ofrecer más asistencia a las embarazadas.²



Estados Unidos: Preocupa el aumento de casos de mielitis flácida aguda

9 de octubre de 2018 – Fuente: El Universal (México)

La mielitis flácida aguda, una enfermedad similar a la poliomielitis, ha registrado un incremento en casos diagnosticados a niños, de acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC).

Esta enfermedad provoca debilidad o parálisis en brazos y piernas de las personas por diferentes razones, como lo son la presencia de un virus, toxinas ambientales o trastornos genéticos.

Según los CDC, se han reportado 362 casos de este tipo de mielitis en el país, entre 2014 y agosto de 2018. Entre enero y septiembre pasados se han registrado 38 casos confirmados, en 16 estados.

Los últimos seis casos se detectaron en el centro y noreste del estado de Minnesota, en menores de 10 años de edad, desde el 20 de septiembre.

Los niños fueron hospitalizados y, aunque el comunicado oficial no precisa su estado actual, trascendió que uno de ellos ya fue dado de alta y está en fase de recuperar la movilidad de su brazo derecho.

La mielitis flácida aguda afecta principalmente a los niños, y aunque esta enfermedad no tiene una causa específica en todos los casos, se ha detectado con mayor frecuencia como complicaciones en infecciones por poliovirus, adenovirus, enterovirus y el virus del Nilo Occidental.

En 2014 se presentó un aumento de casos en Estados Unidos, lo que coincidió con un brote de enfermedades respiratorias graves por el enterovirus D68 (EV-D68), aunque no se ha hallado una relación directa entre estas dos enfermedades, según los CDC. Minnesota registró tres casos ese año, y desde entonces, se ha notificado un promedio de menos de un caso por año.

Desde el 2 de agosto de 2014, los CDC han recibido informes de 107 casos de mielitis flácida aguda en 34 estados. Durante el mismo período, hubo 1.153 casos de enfermedades respiratorias asociadas con el EV-D68, afectando casi exclusivamente a niños.

Los médicos sospechaban que se trataba del EV-D68, pero no pudieron encontrar el virus en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes, y solo una minoría había tenido una enfermedad previa asociada al EV-D68, según el pediatra.

Hasta ahora no existe una cura o una vacuna para tratar este padecimiento, por lo que las autoridades sanitarias recomiendan tratar de prevenirlo teniendo todas las vacunas el día y evitando la picadura de mosquitos, pues pueden ser transmisores del virus del Nilo Occidental.



Perú: Determinados subtipos del virus del papiloma humano incrementarían notablemente el riesgo de adquirir el VIH

2 de octubre de 2018 – Fuente: *Public Library of Science – One*

Se han identificado tipos concretos del virus del papiloma humano (VPH) que incrementarían de forma notable el riesgo de adquirir la infección por el VIH. Otros factores que se detectaron como relacionados con la infección por el VIH fueron estar infectado por el VPH de cualquier subtipo, estar infectado por más de un tipo de VPH o por uno de los tipos considerados de alto riesgo de progresión a cáncer.

Aunque la mayoría de estudios que han buscado vinculaciones entre VIH y VPH han hallado una relación fuerte entre ambas infecciones, ninguno hasta ahora había logrado esclarecer qué subtipos concretos de VPH se relacionan más con la adquisición del VIH. Este hecho llevó a evaluar la relación con la infección por el VIH de la infección por VPH de 37 subtipos diferentes y a analizar el impacto individual de cada uno de estos 37 subtipos.

El estudio contó con la participación de 600 hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans de Lima, Perú. Ninguno de los participantes tenía el VIH en el momento de la inclusión. Todos ellos fueron contactados a través de centros de salud, locales de ocio, centros deportivos y/o redes sociales. Los participantes fueron inicialmente clasificados en dos grupos: uno con verrugas genitales y el otro sin dicha condición. Tras dicha clasificación se inició un periodo de seguimiento de dos años en el que los investigadores fueron realizando pruebas de cribado de la infección por el VIH una vez cada 6 meses.

En el momento de la inclusión, los participantes completaron un cuestionario digital sobre prácticas sexuales y conocimientos del VPH. Además, realizaron pruebas médicas que incluyeron una exploración física y la toma de muestras del área anogenital para determinar la presencia de uno de los 37 tipos de VPH incluidos en el estudio. En las visitas de seguimiento, además de las pruebas de cribado del VIH, los participantes volvieron a completar el cuestionario digital en cada una de ellas.

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

La edad promedio de los participantes fue de 25 años (rango entre 18 y 40 años). El 48,9% se identificó como HSH y 86,5% reportaron tener prácticas sexuales exclusivamente con hombres. Al inicio, 530 de los 600 participantes tenían ADN del VPH detectable en las muestras tomadas: 61,1% estaban infectados por tipos de VPH de alto riesgo de progresión a cáncer y 84,9% tenían alguno de los tipos de VPH de bajo riesgo de progresión a cáncer.

Entre los 571 participantes que completaron, al menos, dos visitas de seguimiento durante el estudio, 73 adquirieron el VIH en un promedio de dos años de seguimiento, lo que supondría una tasa de incidencia anual de más de 6%, lo que indica que se trataba de un grupo de participantes con elevada vulnerabilidad al VIH.

Respecto a aquellos participantes sin el VIH, un porcentaje significativamente superior de quienes se infectaron tenían infección por algún tipo de VPH (97,3% y 87,6%; respectivamente), por más de un tipo de VPH (79,5% y 58,2%; respectivamente) o por un tipo de alto riesgo de progresión a cáncer (72,6% y 51,4%; respectivamente).

Se halló que los tipos de VPH con mayor vinculación a la infección por el VIH fueron 16, 18, 31, 33, 35, 52 y 58.

Algunos de los participantes que se perdieron en el seguimiento podrían haberse infectado por el VIH, hecho que pudo condicionar los resultados, lo que sería una posible limitación del estudio. Aun así, los hallazgos muestran una relación fuerte entre determinados tipos de VPH y la infección por el VIH, lo que pondría de manifiesto el papel que la vacunación frente al VPH podría tener en HSH y en mujeres trans no solo en la prevención del VPH sino en la del VIH. Este hecho debería ser tenido en cuenta por los gestores de programas de salud pública, que todavía suelen considerar la vacunación frente al VPH únicamente en mujeres.³

FOLHA DE S. PAULO Venezuela: El sarampión se extiende entre los Yanomamis y ya causó 73 muertes

5 de octubre de 2018 – Fuente: Folha de São Paulo (Brasil)

Fuera de control, el brote de sarampión en la frontera entre Venezuela y Brasil ya causó la muerte de 73 Yanomamis este año, según cifras oficiales de ambos países. De estos, sólo un caso se registró en territorio brasileño.

En el lado venezolano, donde viven cerca de 16.000 Yanomamis, se confirmaron 19 muertes sólo entre agosto y septiembre, según la Organización Panamericana de Salud (OPS), que se basa en informaciones producidas por el gobierno venezolano. Sin embargo, dos expertos de ese país temen que el número de casos y de muertos sea aún mayor.

“De acuerdo con la información que recibimos directamente de agentes comunitarios de salud Yanomamis, la situación actual parece indicar que los casos están aumentando, que el brote se ha expandido a otros sectores y comunidades y que hay un número mayor de muertos por la enfermedad”, dice Luis Jesús Bello, de la Asociación Wataniba, que promueve los derechos de los indígenas.

Bello afirma que el gobierno venezolano tiene dificultades logísticas y de apoyo aéreo para el combate al sarampión. “Nuestra organización y otras organizaciones indígenas han insistido en la necesidad de seguir acompañando la epidemia, ser más efectivo con las vacunaciones y ampliar el alcance de los operativos de salud”.

“La única información que tenemos es la publicada por la OPS una vez al mes, en el mejor de los casos”, afirmó Julio Castro Méndez, profesor del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela (UCV), la más importante del país.

“Pero los médicos que están en los hospitales nos dicen que los servicios de epidemiología son lentos para clasificar los casos. Es decir, hay una burocracia relacionada y una evolución natural sin que el gobierno tenga control a nivel nacional”.

Según Castro, la epidemia en Venezuela muestra que la cobertura vacunal en el país gobernado por Nicolás Alejandro Maduro Moros tuvo una caída vertiginosa hace al menos una década. “El hecho de que el grueso de los casos corresponde a personas de entre 10 y 12 años revela que no fueron vacunadas cuando tenían 1 o 2 años”.

El informe del Ministerio del Poder Popular para la Salud venezolano indica que el último brote de sarampión entre los Yanomamis ocurrió en 1968, con una tasa de mortalidad de hasta 17,1% entre los enfermos de comunidades infectadas.

De ambos lados de la frontera, los Yanomamis ocupan un área de 192.000 km². En el lado brasileño, donde viven cerca de 27.000 Yanomamis, la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI) logró, hasta ahora, contener el avance del sarampión, principalmente a través de campañas de vacunación.

Hasta julio, la SESAI había registrado 74 casos confirmados, incluyendo un muerto, y nueve sospechosos. De esos casos confirmados, 66 son Yanomamis con nacionalidad venezolana.

“La SESAI intensificó la acción en la frontera y logró crear un cinturón. Los Yanomamis del lado brasileño se sienten seguros, es una feliz realidad”, afirmó Marcos Wesley de Oliveira, coordinador en Roraima de la ONG ISA (Instituto Socioambiental).



Mujeres y niños Yanomamis de la aldea Irotatheri, en Venezuela, cerca de la frontera con Brasil.

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

Una niña de 10 años de la provincia de Toledo ha logrado reponerse al primer caso registrado en España de meningitis amebiana primaria (MAP), una enfermedad mortal en 97% de los casos, de la que apenas hay una docena de supervivientes en el mundo. La ameba *Naegleria fowleri* es la causante de esta rara dolencia de la que la literatura científica recoge menos de 400 casos.

Este protozoo es una ameba de vida libre, que está en el ambiente sin causar ningún daño al ser humano. Cuando prolifera en aguas cálidas, estancadas y sin tratar, sin embargo, puede causar infecciones letales al llegar al cerebro a través de los nervios olfativos, tras introducirse por la nariz durante el baño.

El caso ha provocado estupor entre médicos y responsables sanitarios, porque la piscina pública climatizada en la que la niña contrajo la enfermedad –en la localidad de Torrijos (Toledo)– cumplía los niveles de cloro y temperatura considerados seguros.

“Es un caso absolutamente excepcional, aún bajo estudio y pendiente de publicar en revistas científicas. Cuando acaben las investigaciones, veremos qué medidas adoptar. Quizá haya que modificar la normativa de mantenimiento de estas instalaciones, pero ahora hay que decir a la población que esté tranquila. La piscina está cerrada y el riesgo es nulo”, afirmó el director general de Salud Pública de la Junta de Castilla-La Mancha, Manuel Tordera Ramos.

La niña ingresó a fines de marzo en el Hospital ‘Virgen de la Salud’ de Toledo, con síntomas de meningitis: dolor intenso de cabeza, fiebre y rigidez de cuello. Los primeros análisis descartaron un origen viral o bacteriano y los médicos se enfrentaron al reto de identificar un patógeno desconocido en España. Lo lograron en colaboración con el Centro Nacional de Microbiología (CNM) en un difícil proceso en el que también participó el Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canarias, de la Universidad de La Laguna, de referencia en este campo. “Son pruebas muy complejas, que requieren muestras adecuadas con amebas viables, experiencia en este tipo de cultivos, pruebas moleculares... Ha sido la primera vez que identificamos *Naegleria fowleri* en un caso humano y ha supuesto todo un reto”, admitió Isabel de Fuentes Corripio, jefa de unidad en el CNM.

Los pediatras del hospital aplicaron el tratamiento de primera elección según la literatura científica: la anfotericina B. Esta molécula, antibiótico y antifúngico administrado por vía endovenosa e intratecal, ha sido eficaz en algunos enfermos, aunque el escaso número de casos documentados hace que su uso sea aún experimental y no esté libre de importantes efectos secundarios. El hospital declinó ofrecer más detalles. Los facultativos están completando la investigación y la menor sigue bajo control por la posibilidad de que sufra secuelas.

El diagnóstico “fue una sorpresa mayúscula que obligó a abrir todas las líneas de investigación hasta llegar al foco del contagio”, admite Manuel Tordera. El estudio de contactos reveló que la niña acudía semanalmente a la piscina. “Tomamos muestras del agua y los análisis confirmaron la presencia de la ameba en la pileta pequeña y en la grande”, añadió.

Anastasio Arevalillo Martín, alcalde de Torrijos, recordó la llegada de los técnicos de Salud Pública. “Fue a principios de junio. Entramos en shock. El control del agua se lleva informáticamente y está todo registrado dentro de los límites legales”, explicó. La normativa de Castilla-La Mancha –prácticamente igual en todas las comunidades– establece que el agua de las piscinas de uso público debe estar a entre 24 y 30°C y los niveles de cloro de 0,5 a 2 partes por millón. “Cerramos de inmediato la piscina. La vaciamos, hicimos obras, cambiamos filtros... Llevamos gastados más de 100.000 euros y estamos a la espera de que la Junta nos dé luz verde para abrirla”, continuó el alcalde.

La Junta aguarda los resultados de los últimos análisis. “Hemos aumentado el nivel de cloro hasta 5 partes por millón en el agua nueva. Si confirmamos que la piscina está libre de la ameba, podrá reabrir cuando el cloro baje a los niveles establecidos. En el futuro, quizá sea necesario subir algo los niveles de cloro y bajar la temperatura”, añadió Tordera.

Tras tener noticia del diagnóstico, Junta y Ayuntamiento montaron una discreta red de vigilancia de la que solo estaban al tanto los responsables municipales y médicos de la zona. “Quisimos evitar que la gente entrara en pánico por un dolor de cabeza o golpe de fiebre. Yo respiré cuando pasaron los ocho días que tarda la ameba en dar los primeros síntomas, pero por precaución hemos decidido ser discretos unos meses más”, defendió el alcalde.

Naegleria fowleri fue descubierta en el sur de Australia en 1965, aunque en los últimos años también ha sido identificada en países de América, África y Europa. Este aumento, según José Miguel Cisneros, presidente de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, “no significa que se esté expandiendo, sino que han mejorado los sistemas de detección y la asistencia médica, que ahora describe casos que antes podían pasar desapercibidos”. Cisneros destacó que “cada caso de supervivencia es un hito histórico, porque permite conocer mejor la ameba y abre la puerta a desarrollar un tratamiento”.

Aunque aún queda mucho por descubrir sobre *N. fowleri*, se sabe que afecta principalmente a niños y también adultos jóvenes. La ameba se adhiere a las mucosas nasales y, tras ascender por los nervios olfativos, alcanza el cerebro. Allí “secreta unas enzimas que degradan los tejidos, provocando primero letargia y dolor de cabeza que luego progresa a convulsiones, parálisis y muerte”, concluyó Lorenzo-Morales.



16 de octubre de 2018 – Fuente: El País (España)

Una docena de personas se han visto afectadas por un brote de hepatitis A en la localidad alicantina de Finestrat, confirmó el 16 de octubre la Consejería de Sanidad valenciana. Todos los afectados tienen en común haber ingerido alimentos en un restaurante de comida italiana de la franquicia 'La Tagliatella', situado en el centro de Finestrat. Sanidad activó el protocolo de seguridad y el local está cerrado al público.

La Dirección General de Salud Pública investiga para determinar el origen del brote. Al departamento sanitario le constan 12 casos, de los cuales 11 han precisado hospitalización y actualmente únicamente uno de los afectados permanece ingresado con evolución favorable.

Una portavoz de AmRest, propietaria de la franquicia, reconoció que "se han detectado casos aislados de hepatitis A entre empleados del restaurante de Finestrat". Subrayó que la compañía está colaborando con las autoridades sanitarias para establecer el foco.

Desde el pasado 8 de octubre el local permanece cerrado al público y "se han tomado todas las medidas de seguridad y sanidad requeridas, como el retiro de los alimentos almacenados, y la limpieza y desinfección inmediata de las instalaciones", prosiguió la compañía de restauración.

"La seguridad de nuestros clientes y empleados es la prioridad para la compañía y siempre se cumplen los estándares de calidad en nuestros restaurantes. Todos tienen licencia de sanidad en vigor y cumplen con la legislación vigente, además de tomarse medidas adicionales, incluyendo inspecciones de higiene y auditorías propias", comunicó AmRest.

La marca franquicia está extendida por toda España y cuenta en la Comunidad Valenciana con una veintena de establecimientos abiertos. Ahora, en la web del local, aparece un aviso de que el restaurante no acepta pedidos. Con capacidad para acoger a más de 180 comensales, el restaurante fue inaugurado en diciembre de 2015 frente al principal centro comercial de la comarca de La Marina Baixa, visitado cada fin de semana por miles de personas.

"Procederemos a la reapertura del restaurante tras tener el visto bueno de las autoridades", concluyó una portavoz de AmRest.

Fuentes municipales señalaron que no les consta ningún episodio anterior relacionado con alguna anomalía sanitaria. La Dirección General de Salud Pública puso en marcha el protocolo y se están llevando a cabo todas las medidas de control, con el aislamiento de los casos, profilaxis con vacuna a todos los contactos catalogados de riesgo y "vigilancia extrema" en cuanto a la posible aparición de nuevos afectados.



Finlandia: Altos niveles de virus en las bandejas de plástico de los aeropuertos

29 de agosto de 2018 – Fuente: *BioMed Central – Infectious Diseases*

El continuo crecimiento de los viajes aéreos aumenta la probabilidad de una rápida propagación de enfermedades infecciosas entre países y continentes. Los viajes aéreos hicieron posible la rápida propagación del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) de Hong Kong en 2003 a varios países en muy poco tiempo, como fue el caso de la propagación global de la influenza pandémica A(H1N1) pdm09 desde México y Estados Unidos en 2009.

Las infecciones sintomáticas y asintomáticas del tracto respiratorio son comunes entre los pasajeros, con posibilidad de transmisión a otros pasajeros durante el embarque y el viaje, o después de su llegada a destino, a través de múltiples modos de transmisión, incluida la transmisión aérea, por goteo y por contacto.

Se ha investigado la transmisión de una variedad de infecciones durante los viajes aéreos y se han publicado recomendaciones para el control y la investigación de incidentes. La transmisión confirmada de la influenza también se ha informado a bordo de barcos, y la transmisión de enfermedades tipo influenza se ha informado a bordo de barcos y trenes.

La posibilidad de que los aeropuertos propaguen una infección que genera una amenaza pandémica en todo el mundo se ha modelado para estimar cómo los aeropuertos individuales podrían contribuir a un proceso epidémico.

Se ha descubierto que las bandejas de plástico utilizadas en los puntos de control de seguridad del aeropuerto albergan los niveles más altos de virus en los aeropuertos. En el estudio, se analizaron diversas superficies en el aeropuerto de Helsinki-Vantaa en Finlandia durante el invierno de 2016.

Se trató de identificar y cuantificar los virus respiratorios en las superficies que se tocan con frecuencia en los aeropuertos, y se encontró evidencia de virus en 10% de las superficies analizadas, y más comúnmente en las bandejas de plástico que circulan a lo largo de la cola de pasajeros en el punto de control de rayos X del equipaje de mano.

Se concluyó que el lavado de manos y la higiene cuidadosa de la tos son cruciales para el control de infecciones contagiosas en áreas públicas con un alto volumen de personas que pasan.



El estudio fue parte de un proyecto de investigación más grande, que exploró el papel de los aeropuertos y otros centros de tráfico en la propagación de infecciones graves. Los hallazgos agregan peso a estudios previos que muestran que los microbios se encuentran comúnmente en las superficies de los vehículos de transporte público y fortalecerán los consejos de salud pública en preparación para futuras pandemias de influenza.

El virus más común encontrado en la encuesta fue el rinovirus, que causa el resfrío común, pero los frotis también detectaron el virus de la influenza A. Curiosamente, no se encontraron virus respiratorios en las superficies de los baños.

Este estudio ayuda a mejorar la conciencia pública sobre cómo se propagan las infecciones virales. Las personas pueden ayudar a minimizar el contagio lavándose las manos higiénicamente y tosiendo en un pañuelo o en una manga en todo momento, especialmente en lugares públicos. Estas simples precauciones pueden ayudar a prevenir pandemias y son más importantes en áreas con mucha gente, como los aeropuertos, que tienen un alto volumen de personas que viajan hacia y desde muchas partes del mundo.

La presencia de microbios en el ambiente de un aeropuerto no se había investigado previamente. Los nuevos hallazgos apoyan la planificación de la preparación para controlar la propagación de enfermedades infecciosas graves en estas instalaciones. Los resultados también proporcionan nuevas ideas para mejoras técnicas en el diseño y la renovación de los aeropuertos.

El estudio se llevó a cabo durante y después de la densidad máxima de pasajeros en el aeropuerto mediante un método que detecta material genético de virus en las superficies y en el aire. Los resultados proporcionados por este método no prueban que los virus encontrados en las superficies y el aire estén vivos y causen enfermedades, pero la investigación experimental previa demostró que muchos microbios sobreviven en varios materiales de superficie hasta varios días.

La mayor frecuencia de virus respiratorios se detectó en las bandejas de plástico utilizadas en las áreas de control de seguridad para depositar equipaje de mano y artículos personales. Estas cajas normalmente realizan ciclos con alta frecuencia para los pasajeros subsiguientes, y generalmente están ocupadas con una amplia área de la superficie de la palma y un agarre fuerte.

Es muy probable que las bandejas de seguridad sean manejadas por todos los pasajeros que se embarcan en los aeropuertos; sin embargo, el riesgo de este procedimiento podría reducirse ofreciendo desinfección de las manos con alcohol en alcohol antes y después del control de seguridad, y aumentando la frecuencia de desinfección de la bandeja. Por lo que se sabe, las bandejas de seguridad no se desinfectan de manera rutinaria.

Aunque esto no eliminaría todos los virus en las manos (por ejemplo, se ha encontrado que el alcohol en gel es menos efectivo que el lavado de manos para el rinovirus), es efectivo para muchos virus, incluido el de la influenza.

En la mayoría de los estudios que compararon jabón en polvo con soluciones a base de alcohol, se encontró que las soluciones a base de alcohol son más efectivas. No se detectaron virus respiratorios en un número considerable de muestras de las superficies de los inodoros que se tocan con mayor frecuencia, lo que no es inesperado, ya que los pasajeros pueden prestar especial atención a los toques limitados y a la higiene de las manos en un entorno de baño. Además, no se realizaron pruebas para detectar virus entéricos.

La detección de ácidos nucleicos virales patógenos indica la contaminación de la superficie viral en múltiples sitios asociada con altas tasas de contacto, y sugiere un riesgo potencial en las rutas de pasajeros estándar en los sitios de los aeropuertos.

Las bandejas de control de seguridad parecen representar el mayor riesgo potencial y son utilizadas por prácticamente todos los pasajeros que se embarcan; tienen el potencial de ser especialmente problemáticos si un patógeno grave con un mecanismo de transmisión indirecto fuera una amenaza para la propagación internacional.

Se ha demostrado que el transporte público de superficie está asociado con infecciones respiratorias agudas, lo que subraya la necesidad de investigar también el papel de varios centros de tráfico en la transmisión, incluidos aeropuertos, puertos y estaciones subterráneas.⁴

The Statesman **India, New Delhi: Aumentan los casos de dengue**

16 de octubre de 2018 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Los casos de dengue aumentaron en New Delhi, con al menos 830 personas diagnosticadas con la enfermedad.

Un total de 350 casos corresponden al mes de octubre. Además, se reportaron 385 casos de malaria y 97 de fiebre chikungunya esta temporada, según la Corporación Municipal del Sur de Delhi, que tabula datos sobre enfermedades transmitidas por vectores para la ciudad.

Los médicos aconsejan a las personas que tomen todas las precauciones, como usar mangas largas y no permitir la cría de larvas de mosquitos dentro de sus hogares. Los enfriadores de agua se deben secar cuando no están en uso. Los mosquiteros deben usarse en casa.

Los casos de enfermedades transmitidas por vectores generalmente se reportan entre julio y noviembre, pero el período puede extenderse hasta mediados de diciembre. No se reportó ningún caso de enfermedad transmitida por vectores hasta el 13 de enero.

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

Como medida proactiva, el vicegobernador de Delhi, Anil Baijal, ordenó a los organismos locales y otras agencias que intensificaran las medidas de control de vectores.

El dengue afectó a 9.271 personas en la ciudad el año pasado y 10 de ellas murieron.



Países Bajos: Permiten vacunarse a los adolescentes aunque sus padres no lo quieran

16 de octubre de 2018 – Fuente: Redacción Médica (España)

En los Países Bajos, los adolescentes de 16 años que no hayan sido vacunados conforme al calendario oficial serán preguntados por los médicos si quieren recibirlas, sin importar la opinión de sus padres. Los especialistas esperan aumentar así las coberturas de protección a nivel nacional.

Tanto el Colegio de Pediatras como el Ministerio de Sanidad están de acuerdo con esta medida. "Porque no queremos que los adolescentes estén poco informados en asuntos relativos a su salud", explican portavoces de este último. Además, para evitar que los menores tengan problemas en su hogar en el caso de que su familia sea antivacunas, garantizarán su privacidad.

La encargada de ponerse en contacto con los adolescentes será la Asociación de Médicos de la Juventud, que ya está evaluando la mejor forma de hacerlo: por correo o a través de una campaña pública. "Lo mejor es saber cómo prefieren ser informados; que nos lo digan ellos mismos", indicó el pasado fin de semana de semana Mascha Kamphuis, su presidenta. También se preparan "para ayudar a ambas partes cuando haya diferencia de opiniones".

Reducir la caída de la cobertura

Se trata de una nueva medida del Gobierno holandés, que está preparando un plan para reducir la caída de la cobertura de la vacunación entre las familias holandesas, ya que en los últimos tiempos han ido aumentando los casos de parotiditis, sarampión y rubéola entre los niños.

Ya en agosto, tres de los cuatro partidos de la coalición de Gobierno se mostraron a favor de permitir que se prohibiese el acceso de niños no vacunados a las escuelas, para frenar así la caída de las inmunizaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que 95% de la población de un país esté vacunada para garantizar la inmunidad grupal. A día de hoy, las cifras del Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente señalan que solo 90,2% de los niños de dos años se habían vacunado en 2017.



República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

11 de octubre de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La respuesta al brote de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo se está viendo cada vez más socavada por los problemas de seguridad en las zonas de riesgo, en particular en Beni. Estos incidentes afectan gravemente tanto a los civiles como a los trabajadores de primera línea, obligando a la suspensión de las actividades de respuesta y aumentando el riesgo de que el virus continúe propagándose. La Organización Mundial de la Salud (OMS) continúa diferenciando entre los incidentes del conflicto entre las fuerzas rebeldes y gubernamentales, y los bolsones de rechazo de la comunidad en la respuesta. Un aumento reciente en la incidencia de nuevos casos (ver Gráfico 1) es el resultado de los múltiples desafíos que enfrentan los equipos de respuesta. Esto también refleja una mejora en la vigilancia activa y los informes de la comunidad.

Desde el 2 de octubre, se han notificado 29 nuevos casos confirmados, en las zonas sanitarias de Beni (23 casos), Butembo (4), Mabalako (1) y Masereka (1), en la provincia de Nord-Kivu. Quince de estos casos confirmados se han vinculado a casos conocidos o se vincularon retrospectivamente a través a cadenas de transmisión dentro de las comunidades respectivas, mientras que los otros 14 casos siguen bajo investigación.

Al 9 de octubre de 2018, un total de 194 casos (159 confirmados y 35 probables), incluyendo 122 muertes (87 confirmadas y 35 probables), ha sido reportado en siete zonas sanitarias de la provincia de Nord-Kivu (Beni, Butembo, Kalunguta, Mabalako, Masereka, Musienene y Oicha), y tres zonas sanitarias de la provincia

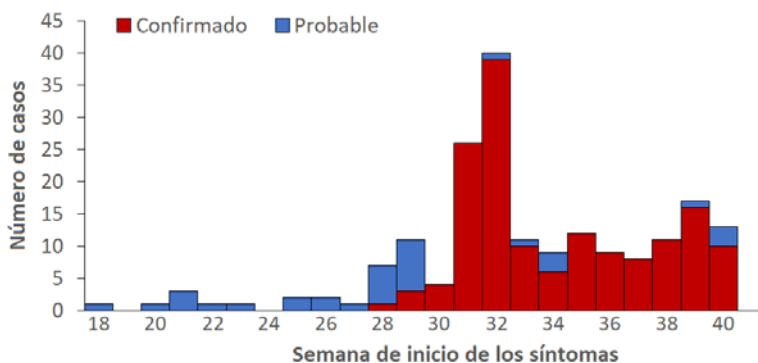


Gráfico 1. Casos confirmados y probables, según semana epidemiológica de inicio de los síntomas. República Democrática del Congo. Año 2018, semanas epidemiológicas 18 a 41 (n = 190; en 7 casos se desconoce el dato). Fuente: Organización Mundial de la Salud (Datos al 9 de octubre de 2018).

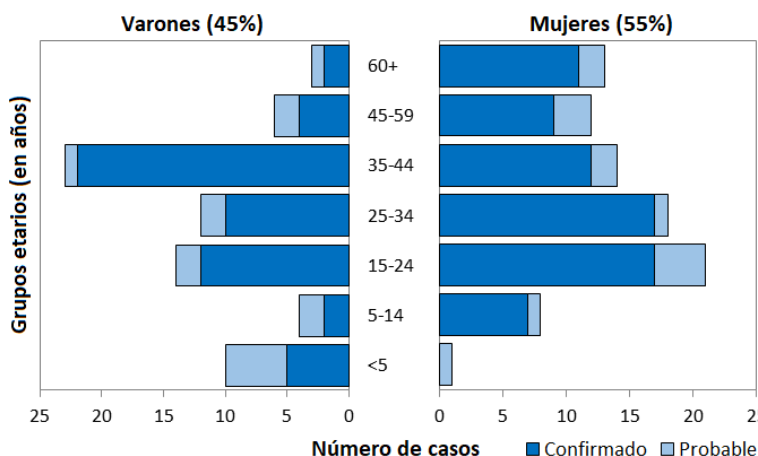


Gráfico 2. Casos confirmados y probables, según edad y sexo. República Democrática del Congo. Año 2018, semanas epidemiológicas 18 a 41 (n = 159; en 35 casos se desconoce el dato). Fuente: Organización Mundial de la Salud (Datos al 9 de octubre de 2018).

de Ituri (Mandima, Komanda y Tchomia). Se observa una tendencia general creciente en la incidencia de casos semanales (ver Gráfico 1); sin embargo, es probable que esta tendencia al alza esté subestimada dados los retrasos esperados en la notificación de casos, la detección continua de casos esporádicos y los problemas de seguridad que limitan el rastreo de contactos y la investigación de alertas. De los 194 casos confirmados y probables para los cuales se conoce información sobre la edad y el sexo, la mayoría (64%) tiene un rango de edad de 15 a 44 años. Las mujeres (55%) representaron una mayor proporción de casos (ver Gráfico 2). Desde el 2 de octubre, se informó una nueva infección en personal sanitario, lo que lleva al total acumulado a 20 casos (19 confirmados y uno probable), con tres muertes.

El Ministerio de Salud, la OMS y sus asociados continúan monitoreando e investigando de cerca todas las alertas en las áreas afectadas, en otras provincias de la República Democrática del Congo y en los países vecinos. Al 9 de octubre, 25 casos sospechosos en la República Democrática del Congo están a la espera de pruebas de laboratorio. Desde el 4 de octubre, se han investigado alertas en varias provincias de la República Democrática del Congo, así como en países vecinos. Hasta la fecha, se ha descartado la enfermedad en todas las alertas de las provincias y 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, las medidas de prevención y control de infecciones (PCI), el manejo clínico de los pacientes, la vacunación, la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad, el apoyo psicosocial, los entierros seguros y dignos (ESD), la vigilancia transfronteriza y las actividades de vigilancia y preparación en las provincias y países vecinos.

- **Vigilancia:** Se han registrado más de 8.000 contactos, de los cuales 2.732 permanecen bajo vigilancia al 9 de octubre. La zona sanitaria de Beni registra el mayor número de contactos ($n = 1.834$) y los mayores desafíos en el rastreo de contactos debido a una combinación de factores, que incluyen: renuencia y rechazo de la comunidad para el rastreo de contactos; contactos perdidos durante el seguimiento; y deterioro de la situación de seguridad.
- **Vacunación:** Hasta el 10 de octubre, se han definido 90 anillos de vacunación, además de 31 anillos en trabajadores de la salud y de primera línea. Hasta la fecha, han sido vacunadas 15.828 personas elegibles y que han brindado su consentimiento, incluyendo 6.327 trabajadores de salud y de primera línea y 3.439 niños. Se está avanzando en la preparación para la vacunación en los vecinos Uganda, Sudán del Sur, Ruanda y Burundi. El Centro de Tratamiento del Ébola administrado por la Alianza para la Acción Médica Internacional (ALIMA) en Beni ha aumentado su capacidad a 25 camas.
- Las actividades de PCI están en curso y están siendo respaldadas por diversos asociados en el campo. En la zona sanitaria de Butembo, se está llevando a cabo el ajuste fino de la infraestructura de PCI en el hospital de Matanda, junto con el seguimiento y la supervisión del pre-triage; se estima que la construcción de la PCI está completa al menos en 80% en el Hospital 'Sainte Famille'. La capacitación sobre triage y pre-triage tuvo lugar en este hospital el 5 de octubre, y se han identificado tres estructuras adicionales para el apoyo del pre-triage en Butembo.
- La comunicación de riesgos, la participación de la comunidad y la movilización social se han integrado con la vigilancia, el rastreo de contactos y el trabajo de vacunación como parte de una estrategia revisada para abordar las preocupaciones de la comunidad sobre la respuesta. Bajo este enfoque, los jóvenes bajo la supervisión de los líderes de la sociedad civil son notificados de las alertas de la comunidad, llegan primero al sitio para dialogar con las familias y permanecen con los miembros de la familia y los equipos de respuesta para abordar cualquier inquietud o problema. Esta estrategia se ha implementado en 12 vecindarios de Beni y está siendo considerada para ampliarla al resto de las zonas sanitarias. Las actividades de participación comunitaria también se han extendido a grupos esenciales como grupos de mujeres, taxistas, grupos de jóvenes y estudiantes. En Beni y Tchomia se está llevando a cabo una capacitación de actualización con líderes y relevos de la comunidad para mejorar la calidad del compromiso y la vigilancia basada en la comunidad, con sesiones programadas en Oicha y Butembo la próxima semana.
- Los equipos de entierro seguro y digno (ESD) de la Cruz Roja están operativos en Mangina, Beni, Oicha y Tchomia; equipos entrenados están a la espera en Mambasa y Goma. La reciente escalada de violencia, incluido un incidente que causó lesiones a tres voluntarios de la Cruz Roja el 2 de octubre, provocó el cese de las actividades de ESD de la Cruz Roja en Butembo hasta nuevo aviso. Los equipos de protección civil están respondiendo actualmente a las alertas de ESD en Butembo. Al 10 de octubre, se recibió un total de 236 alertas de ESD, de las cuales 190 fueron respondidas con éxito. Treinta y dos respuestas no tuvieron éxito debido al rechazo de la comunidad o a que los entierros fueron realizados antes de la llegada de los equipos de ESD. Siete alertas de ESD no fueron respondidas debido a problemas de seguridad. La capacidad de ESD en Beni se está fortaleciendo debido a un aumento anticipado de alertas, y el alcalde de Beni ha anunciado que todas las muertes deben ir acompañadas de un certificado de defunción. Se están considerando las pruebas de diagnóstico rápido como parte de la validación de muertes en hospitales y comunidades.
- **Puntos de ingreso:** Se realizó una reunión de coordinación transfronteriza del 2 al 4 de octubre en Uganda para discutir la preparación y respuesta al brote actual, con la asistencia de representantes de la República Democrática del Congo, Uganda, Sudán del Sur, Ruanda, Burundi, Tanzania y Kenya. Al 9 de octubre, se han establecido exámenes de salud en 57 puntos de ingreso y se han evaluado más de 7,7 millones de viajeros. La Or-

ganización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Programa Nacional de Salud Fronteriza (PNHF) han organizado en Tchomia una reunión de coordinación transfronteriza basada en la comunidad. El personal de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos está respaldando los exámenes de salud en 11 puntos de ingreso operacionales en Sudán del Sur.

Evaluación de riesgos de la OMS

Este brote de EVE está afectando a las provincias nororientales del país, 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: 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 simultáneamente otras epidemias (de cólera y de poliomielitis derivada de la vacuna) y una crisis humanitaria a largo plazo. Además, la situación de seguridad en Nord-Kivu e Ituri a veces limita la implementación de las actividades de respuesta. El 28 de septiembre de 2018, debido al empeoramiento de la situación de inseguridad, la OMS revisó su evaluación de riesgo para el brote, elevándolo de alto a muy alto a nivel nacional y regional. El riesgo sigue siendo bajo a nivel mundial.

Como el riesgo de propagación nacional y regional es muy alto, es importante que las provincias y los países vecinos fortalezcan las actividades de vigilancia y preparación. La OMS continuará trabajando con los países vecinos y sus asociados para garantizar que las autoridades sanitarias estén alertas y preparadas operativamente para responder.

Consejos de la OMS

La OMS advierte contra cualquier restricción a los viajes y el comercio con la República Democrática del Congo sobre la base de la información actualmente disponible. La OMS sigue supervisando de cerca y, si es necesario, verifica las medidas comerciales y de viaje relacionadas con este evento. Actualmente, ningún país ha implementado medidas de viaje que interfieran significativamente con los viajes internacionales hacia y desde la República Democrática del Congo. Los viajeros deben consultar a un médico antes de viajar y deben practicar una buena higiene.



Yemen: Vacunan contra el cólera a más de 306.000 personas durante una pausa en los combates

5 de octubre de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

En Yemen, más de 306.000 personas, entre ellas más de 164.000 niños menores de 15 años, han sido vacunadas contra el cólera en el marco de una campaña conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que ha concluido hoy. Se espera que el número aumente a medida que lleguen los informes del último día de la campaña. La campaña de vacunación de seis días, llevada a cabo por 3.000 trabajadores sanitarios en tres distritos de Hudaydah e Ibb, ha sido posible gracias a una pausa en los combates, conocida como "días de tranquilidad", acordada por las partes en el conflicto.



"El éxito de esta campaña de vacunación demuestra lo que podemos lograr colectivamente para los niños y las familias del Yemen cuando cesan los combates y se abre el acceso a la ayuda humanitaria. Sin embargo, la realidad es que esto es una solución rápida. Solo una resolución política integral del conflicto puede garantizar el bienestar de los niños de todo el país a largo plazo", dijo la Directora Ejecutiva del UNICEF, Henrietta Fore.

"Es inaceptable que las personas mueran de enfermedades prevenibles", dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. "Estamos agradecidos por la pausa en la lucha, que nos ha permitido completar la campaña de vacunación contra el cólera. La vacunación es uno de los muchos servicios de salud que las personas necesitan. En última instancia, la paz es el único camino hacia la salud".

Desde abril de 2017 ha habido en el país más de 1,2 millones de presuntos casos de cólera y 2.515 muertes asociadas a la enfermedad, por lo que se trata de uno de los peores brotes de la historia reciente. La vacunación es fundamental para prevenir la propagación de la enfermedad. El objetivo de esta campaña era vacunar a 540.000 personas en los tres distritos.

Antes de que finalice el año será preciso vacunar a muchas más personas contra el cólera, y a millones de niños más contra la poliomielitis, el sarampión, la neumonía y otras enfermedades prevenibles.

La inmunización es una cuestión de vida o muerte para millones de personas en Yemen, especialmente para los niños. Cada 10 minutos muere un niño por causas evitables. El sistema de salud del país pende de un hilo: la mayoría de los trabajadores de la salud no han recibido su salario en dos años, el suministro de equipos médicos es escaso y los ataques a infraestructuras críticas o cerca de ellas, como los puntos de agua y los centros sanitarios, siguen siendo una realidad cotidiana. La desnutrición aguda generalizada entre los niños los hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas.

El UNICEF y la OMS renuevan su llamamiento a las partes en el conflicto para que cumplan sus obligaciones legales de poner fin a los ataques contra la infraestructura civil y garantizar un acceso seguro, incondicional y sostenido a todos los niños necesitados en Yemen. Los días de tranquilidad son un paso positivo para proporcionar a los traba-

jadores humanitarios el espacio necesario para llegar a los niños y familias vulnerables y ayudarlos a sobrevivir a una de las crisis humanitarias más crueles del mundo. También pueden ofrecer oportunidades para que se realicen esfuerzos más amplios de consolidación de la paz, dándose prioridad al bienestar y la salud de la población de Yemen.

Es preciso administrar dos dosis de la vacuna contra el cólera para proporcionar protección durante un período de tiempo más largo. En la campaña que concluyó el 5 de octubre se administró esta segunda dosis en los distritos de Hundaydah e Ibb seleccionados. La primera ronda se llevó a cabo en agosto. La OMS, el UNICEF y sus asociados habían llevado a cabo anteriormente una campaña que abarcaba los distritos de alto riesgo de cólera de Aden.

En esta y otras campañas anteriores de vacunación contra el cólera, las vacunas procedían de la reserva mundial de la vacuna oral contra el cólera, que está financiada por la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización. La campaña también fue posible gracias al Banco Mundial, a través del Proyecto de Salud y Nutrición de Emergencia, y al Centro de Ayuda Humanitaria y Socorro 'Rey Salman'.



Zimbabwe: Situación epidemiológica del cólera

5 de octubre de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Desde el 15 de septiembre de 2018, se han notificado 4.914 nuevos casos de cólera, incluidos 92 casos confirmados por laboratorio.

El brote de cólera en Harare fue declarado por el Ministerio de Salud y Cuidados Infantiles (MSCI) de Zimbabwe el 6 de septiembre de 2018 y fue notificado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el mismo día. Al 3 de octubre, se habían notificado 8.535 casos acumulados, incluidos 163 casos confirmados por laboratorio, y 50 muertes (tasa de letalidad: 0,6%). De estos 8.535 casos, 98% (8.341 casos) se notificaron en la densamente poblada capital, Harare. Los suburbios más afectados en Harare son Glen View y Budiro.

De los 8.340 casos para los que se conoce la edad, la mayoría (56%) tienen entre 5 y 35 años. Los hombres y las mujeres se han visto igualmente afectados por el brote. Desde el 4 de septiembre hasta el 3 de octubre, la mayoría de las muertes se registraron en instituciones de salud.

Se sabe que el patógeno es *Vibrio cholera* O1 serotipo Ogawa. Desde su confirmación el 6 de septiembre, se identificó una cepa resistente a múltiples fármacos que está en circulación; sin embargo, esto no afecta el tratamiento de la mayoría de los casos, donde se utilizan cuidados de apoyo, como las soluciones de rehidratación. Los antibióticos solo se recomiendan para casos severos. Además, el antibiótico que se está utilizando para los casos graves en Harare es la azitromicina, que sigue siendo eficaz en la mayoría de los casos.

Se sospecha que las fuentes de agua contaminada, incluidos los pozos y las perforaciones, son la fuente del brote.

Respuesta de salud pública

- El 3 de octubre de 2018, comenzó una campaña de vacunación masiva con la vacuna oral contra el cólera en la ciudad de Harare y en las zonas circundantes, como Chitungwiza y Epworth. La OMS está apoyando al MSCI en una estrategia para lanzar la campaña de vacunación, así como a implementar la campaña y sensibilizar al público sobre la vacuna. Más de 600 trabajadores de la salud han sido capacitados para llevar a cabo la campaña. El 27 de septiembre de 2018, llegaron 500.000 dosis a Harare. En total, se aprobaron 2,7 millones de dosis para dos rondas de vacunación.
- La OMS y los expertos de la Red Global de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN) están brindando supervisión técnica en el manejo de casos y orientación para la interpretación de los hallazgos de laboratorio a fin de guiar la elección de los antibióticos.
- Se han establecido cuatro centros de tratamiento del cólera (CTC). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha preposicionado siete tiendas de campaña para CTC en Glenview, y Oxfam está proporcionando inodoros móviles en tres CTC.
- La comunicación de riesgos clave y las intervenciones de participación comunitaria han consistido en crear conciencia sobre la prevención del cólera a través de los medios de comunicación y los medios sociales, y trabajar con grupos comunitarios específicos, incluidos líderes de sectas apostólicas y grupos de mujeres apostólicas.
- Han sido desplegados 60 voluntarios para proporcionar comunicaciones de riesgos, participación comunitaria y apoyo a la movilización social a los CTC en Budiro y Glen View. La promoción de la salud y la higiene se lleva a cabo a través de espectáculos teatrales en escuelas y centros de negocios, espectáculos callejeros y visitas a domicilio, que también se centran en la identificación y la remisión de casos.
- Las actividades de agua, saneamiento e higiene (WASH) incluyen el cumplimiento de las regulaciones por parte de los vendedores de alimentos, el arreglo de las tuberías de agua de la ciudad de Harare y el aumento del sumi-

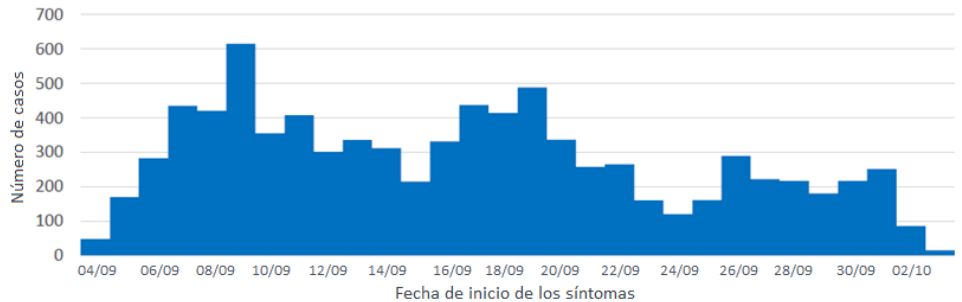


Gráfico 1. Casos notificados. Zimbabwe. Año 2018, del 4 de septiembre al 3 de octubre. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

nistro de agua a los puntos calientes, con actores del sector privado que apoyan la instalación de tanques de agua y camiones de agua.

- El UNICEF apoya la distribución de artículos no alimentarios (jabón, baldes), junto con Oxfam, Christian Care, Mercy Corps y Welthungerhilfe, así como componentes clave de la movilización comunitaria.
- La OMS ha enviado suministros para tratar a 3.800 personas y existen acuerdos para que lleguen suministros adicionales en los próximos días. Además, más de 44.000 litros de solución láctica de Ringers han llegado desde Sudáfrica al país, y se están retirando pruebas de diagnóstico rápido del aeropuerto.
- Desde que se declaró el brote de cólera el 6 de septiembre de 2018, el Comité Interinstitucional de Coordinación de la Salud ha estado celebrando reuniones semanales.
- El 12 de septiembre, tras la declaración del brote de cólera como estado de desastre, se reactivó el Comité del Gabinete sobre la Preparación para Emergencias y Gestión de Desastres.
- El 18 de septiembre, el gobierno nacional estableció un comité interministerial para enfrentar el brote de cólera, que involucró a las principales partes interesadas del gobierno, para proporcionar liderazgo y monitorear los esfuerzos de la respuesta y proporcionar informes periódicos al Presidente.
- El 21 de septiembre de 2018, se activó el Centro Nacional de Operaciones de Emergencia (CNOE), con el apoyo de organizaciones empresariales locales. La Estructura de Comando de Incidentes (ECI) se finalizó y será publicada por el CNOE.
- El 1 de octubre de 2018, Econet comenzó a instalar equipos de tecnología de la información y las comunicaciones en el CNOE del MSCJ de Zimbabwe para respaldar los informes en tiempo real.
- El 29 de septiembre de 2018, se llevó a cabo una evaluación rápida de la vigilancia en coordinación con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos.

Evaluación de riesgos de la OMS

El brote comenzó el 5 de septiembre y el número de casos notificados por día sigue aumentando rápidamente, en especial en los suburbios de Harare de Glen View y Budiriro. Se han informado casos con vínculos epidemiológicos a este brote en otras provincias del país. Glen View, que es el epicentro del brote, es una activa área de comercio informal, donde la gente viene de toda la ciudad y del resto del país para comerciar. Los factores de riesgo clave para el cólera en Zimbabwe incluyen el deterioro de la infraestructura de saneamiento y sanitaria, y el aumento de la migración rural-urbana, lo que colapsa aún más la infraestructura de agua y saneamiento. Desde el comienzo del brote, se han notificado 135 casos fuera de Harare. Con la próxima temporada de lluvias en noviembre, existe la preocupación de que los casos puedan aumentar en las áreas críticas. En Harare, se sospecha que el agua contaminada proveniente de pozos y excavaciones es la fuente del brote. El 69% de la población de la capital depende de estos pozos como fuente de agua. La situación del suministro de agua en Harare sigue siendo grave debido a la alta demanda que no está siendo atendida por el suministro de la ciudad, aunque este es foco de los esfuerzos de respuesta. Las capacidades de respuesta disponibles en el país están sobrecargadas, ya que las autoridades ya están respondiendo a un gran brote de fiebre tifoidea que comenzó en agosto de 2018. La OMS estimó que el riesgo general para la salud pública era alto a nivel nacional y moderado a nivel regional y bajo a nivel mundial.

Consejos de la OMS

La OMS recomienda el manejo adecuado y oportuno de los casos en los CTCs. El aumento del acceso al agua potable, la mejora de la infraestructura de saneamiento y el fortalecimiento de las prácticas de higiene y seguridad alimentaria en las comunidades afectadas son los medios más efectivos para prevenir y controlar el cólera. Se deben proporcionar mensajes clave de comunicación de salud pública a la población afectada.

La OMS advierte contra cualquier restricción en los viajes o el comercio hacia o desde Zimbabwe con base en la información actualmente disponible en relación con este brote.

#VacinaHPV
/VacinaoMS
/PNI_MS

vacinação
contra o
HPV

PROTEJA O FUTURO
DE QUEM VOCÊ MAIS AMA.

meninas de
9 a 13 anos
devem ser
vacinadas.

A VACINA É A PREVENÇÃO CONTRA O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO.
O HPV pode causar câncer. Para se prevenir, todas as meninas de 9 a 13 anos devem ser vacinadas. Esta faixa etária é ideal para a vacinação, porque o organismo produz 10 vezes mais anticorpos contra o vírus. Mas lembre-se: para se prevenir, é preciso tomar as 2 doses da vacina.

A vacina é segura, eficaz, gratuita e faz parte do Programa Nacional de Imunizações. Fique atenta ao período de vacinação nas escolas ou procure uma unidade de saúde. Leve a caderneta de vacinação.

VACINAR É PROTEGER

136

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE

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 reporteepidemiologicoba@gmail.com, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.