



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.

2.112

24 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 bronquiolitis en menores de 2 años
- Buenos Aires: Ordenan restablecer la vacuna antimeningocócica para los niños de 11 años

América

- Bolivia, La Paz: Confirman dos nuevos casos de hantavirus en La Asunta
- Brasil: El mosquito *Aedes albopictus* es un potencial vector de la fiebre amarilla
- Brasil: Tratar a los perros con insecticida reduce la transmisión de la leishmaniosis a los humanos
- Colombia: Se notificaron más de 29.000 casos de dengue en 2018

• Estados Unidos: ¿Qué está causando los casos de mielitis flácida aguda?

• Estados Unidos, Delaware: Primer caso en el país de infección por virus Andes

• Nicaragua: Los casos de malaria se incrementan 41%

El mundo

• Australia, Victoria: Rápido aumento de los casos de úlcera de Buruli

• Bangladesh: Año récord en casos de dengue

• Filipinas, Ilocos: Se disparan los casos de leptospirosis en Pangasinan

• Kenya, Mandera: Dos muertes causó un brote de sarampión

• Suiza: Un brote de listeriosis afecta a seis cantones

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 bronquiolitis en menores de 2 años

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

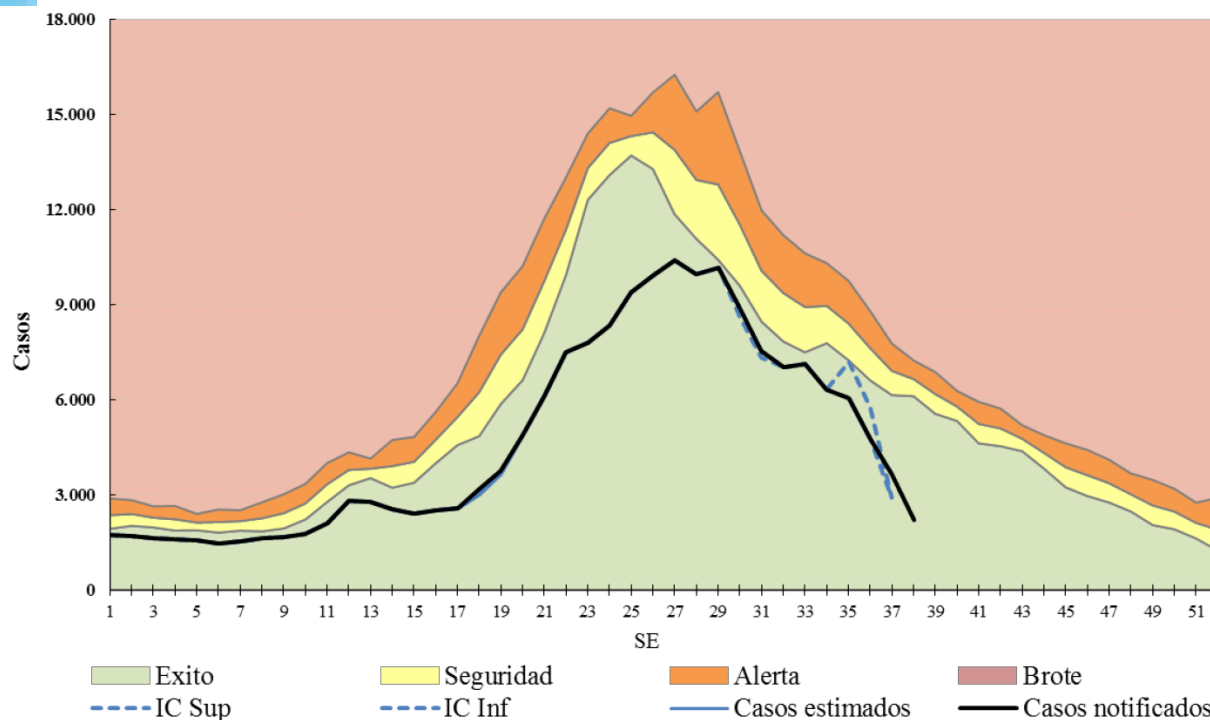


Gráfico 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2018, con base en datos de los años 2013 a 2017. Con representación de casos y estimaciones hasta semana epidemiológica 38. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina.¹

Provincia/Región	2012/2017		2017		2018	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	126.839	25.199,95	19.701	23.657,02	10.868	13.126,43
Buenos Aires	642.981	18.509,01	86.170	14.932,81	54.579	9.520,15
Córdoba	86.787	12.465,32	15.574	13.176,20	10.001	8.454,62
Entre Ríos	41.233	15.609,69	6.845	15.384,65	6.713	15.083,63
Santa Fe	52.896	8.250,26	6.753	6.272,34	1.470	1.366,33
Centro	950.736	17.042,15	135.043	14.510,10	83.631	9.026,77
Mendoza	41.099	10.212,32	6.734	9.994,30	8.257	12.293,20
San Juan	48.509	30.165,64	8.820	33.071,36	7.771	29.097,89
San Luis	12.303	12.774,27	2.442	14.999,63	1.961	11.992,42
Cuyo	101.911	15.451,25	17.996	16.311,30	17.989	16.320,17
Corrientes	23.310	9.618,61	3.036	7.452,36	2.699	6.630,02
Chaco	54.494	20.209,85	7.980	17.605,79	8.175	18.057,36
Formosa	27.129	19.834,74	3.394	14.816,04	2.173	9.503,03
Misiones	37.336	12.888,53	4.254	8.771,86	2.411	4.988,41
NEA	142.269	15.160,11	18.664	11.852,54	15.458	9.834,61
Catamarca	11.954	14.641,11	1.427	10.389,06	2.381	17.318,38
Jujuy	36.792	23.144,34	5.344	19.949,83	5.335	19.901,67
La Rioja	8.571	11.295,05	2.368	18.298,15	2.207	16.903,59
Salta	79.375	24.254,12	12.301	22.381,73	10.573	19.259,35
Santiago del Estero	77.455	36.913,50	11.040	31.009,15	9.570	26.747,68
Tucumán	61.886	17.375,68	9.971	16.577,33	9.450	15.701,85
NOA	276.033	22.817,28	42.451	20.791,50	39.516	19.325,84
Chubut	13.570	11.234,19	2.669	13.047,26	1.599	7.810,97
La Pampa	9.263	14.142,50	1.861	16.992,33	1.974	18.034,64
Neuquén	25.178	18.190,15	3.688	16.017,79	3.018	13.185,26
Río Negro	22.977	16.073,63	3.902	16.177,18	3.354	13.901,09
Santa Cruz	9.578	12.824,56	1.653	12.855,01	1.611	12.439,77
Tierra del Fuego	6.201	19.841,68	1.124	20.540,94	798	14.371,13
Sur	86.767	15.126,99	14.897	15.376,12	12.354	12.744,39
Total Argentina	1.557.716	17.385,06	229.051	15.274,77	168.948	11.298,67

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2018, hasta semana epidemiológica 35. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina.

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

El presente informe desarrolla el análisis del comportamiento de la bronquiolitis en menores de 2 años, con el objetivo de reconocer la situación actual y contribuir con la toma de decisiones en los niveles locales, provinciales y nacional.

Las fuentes de información son los módulos de vigilancia clínica (C2), de laboratorio (SIVILA), y la Unidad Centinela de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (UCIRAG) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) hasta la semana epidemiológica (SE) 17, y los datos provenientes del SNVS 2.0, incluyendo sus distintos componentes, a partir de la SE 18 de 2018.

Hasta la SE 35 de 2018, se notificaron 168.948 casos, lo que representó una tasa acumulada nacional de 11.298,67 casos cada 100.000 menores de 2 años. Esta tasa es 35,01% inferior a la de la misma semana del período 2012/2017; y 26,03% inferior a la del año 2017.

En el corredor endémico, la curva de notificaciones transitó en las zonas de éxito durante las primeras 38 SE del año. Asimismo, las correspondientes estimaciones de los casos ubican también los mismos en las zonas de éxito.

En cuanto al análisis de casos y tasas acumuladas por provincia, sólo La Rioja, La Pampa, Mendoza y Catamarca presentaron una tasa acumulada hasta la SE 35 de 2018 superior a la tasa acumulada para la misma SE del período 2012/2017; en el caso de La Rioja, la tasa acumulada aumentó casi 49,65%.

Sólo las provincias de Catamarca, Mendoza, La Pampa y Chaco presentaron tasas acumuladas hasta la SE 35 de 2018 superiores a la tasa acumulada para la misma SE del año 2017; en el caso de Catamarca, la tasa acumulada aumentó 66,70%.

Página 12 Buenos Aires: Ordenan restablecer la vacuna antimeningocócica para los niños de 11 años

17 de octubre de 2018 – Fuente: Página 12 (Argentina)

La Justicia ordenó restablecer la dosis de la vacuna antimeningocócica que se aplicaba a los niños de 11 años y que había sido suspendida por el ex Ministerio de Salud, ahora devenido en Secretaría, en agosto pasado alegando falta de abastecimiento. La medida cautelar fue dictada por el Juzgado Federal N° 2 de La Plata en respuesta a un amparo iniciado por la madre de una niña y la Asociación Civil AJUS.

“Se ordena al Estado Nacional, hasta tanto se dicte sentencia definitiva, que se abstenga de suspender la Resolución 10/2015 del Ministerio de Salud de la Nación en relación a la vacunación contra el meningococo a los menores de 11 años de edad de la Provincia de Buenos Aires”, resolvió el juez Adolfo Gabino Ziulu.

El 23 de agosto, la cartera que conduce Adolfo Luis Rubinstein informó a través de su sitio web que luego de una reunión con expertos en inmunizaciones había tomado la decisión de “priorizar a los grupos más vulnerables de 3, 5 y 15 meses de vida y posponer la dosis de los 11 años hasta contar con las disponibilidad necesaria”, lo que en la práctica significaba suspender dicha dosis del calendario obligatorio.

El fallo, que pide que la dosis se reponga, menciona los casos de la variante invasiva y sepsis fulminante que puede provocar el meningococo. Los describe como “un importante problema de salud pública debido a la alta morbilidad” que padecen los infectados. Entre los argumentos de la medida cautelar, Ziulu señala que desde 2010 se registraron entre 200 y 300 casos por año de esta variante invasiva, que afectan principalmente a la población infantil.

Ziulu remarca también que la dosis de los 11 años fue incorporada en 2015, a través de la Resolución 10/2015, porque desde Salud se consideró que la variante invasiva del meningococo “representa un importante problema de salud” por su alta mortalidad y las secuelas permanentes que puede provocar. El refuerzo de los 11 años buscaba disminuir la incidencia de la dicha enfermedad en el grupo más vulnerable. “El acceso a la vacuna a todos los estratos sociales constituye un importante signo de equidad”, puntualiza el fallo.

Por último, el magistrado a cargo del Juzgado N° 2 de La Plata remarcó que la demora en la aplicación de la vacuna y la suspensión temporal del refuerzo implica un “riesgo real” sobre todo en la población de mayor vulnerabilidad.

La medida cautelar ordena por un lado brindar la dosis de manera gratuita a la niña por la que se presentó el amparo y por el otro, pide que el Estado se abstenga de suspender la resolución 10/2015 sobre todo el colectivo de chicos de 11 años de la provincia de Buenos Aires.²

América



Bolivia, La Paz: Confirman dos nuevos casos de hantavirus en La Asunta

19 de octubre de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud (Bolivia)

El Jefe Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud, Vicente González Aramayo informó el 19 de octubre que hasta el momento se registran 19 casos positivos de hantavirus en La Asunta.

Los últimos son dos efectivos de la Fuerza de Tarea Conjunta (FTC) que fueron evacuados a la Clínica Foianini de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

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

“Para mejor manejo y evitar complicaciones como el síndrome pulmonar por hantavirus se realizó la evacuación respectiva de dos efectivos de la FTC de La Asunta a la Clínica Foianini del departamento de Santa Cruz”, explicó la autoridad. Ambos efectivos fueron trasladados el 18 de octubre, con las correspondientes medidas de seguridad y protección personal en un helicóptero de las Fuerzas Armadas.

“El laboratorio fue instalado en el municipio de La Asunta, con el fin de diagnosticar oportunamente a pacientes y evitar complicaciones. Es así que se detectaron a tiempo estos dos casos para iniciar el tratamiento”, precisó González Aramayo.

En ese marco, hasta el momento se reportaron 40 casos confirmados de hantaviriosis en el país, de los cuales, 19 proceden de los campamentos de la Fuerza de Tarea Conjunta del municipio La Asunta-La Paz, 2 de Cochabamba, 9 de Tarija y 10 de Santa Cruz.

Los pacientes se encuentran hemodinámicamente estables, sin complicaciones aparentes.

SCIENTIFIC REPORTS **Brasil: El mosquito *Aedes albopictus* es un potencial vector de la fiebre amarilla**

25 de septiembre de 2018 – Fuente: *Scientific Reports*

Desde diciembre de 2016, Brasil ha lidiado con su mayor brote de fiebre amarilla en décadas. Hasta la fecha, se han producido 2.043 casos y 676 muertes, principalmente en diez estados brasileños, entre ellos, Rio de Janeiro y São Paulo, los más poblados del país, que habían estado libres de fiebre amarilla durante 70 años. Recientemente se ha demostrado que el mosquito *Aedes albopictus* puede transmitir esta enfermedad. Se trata de una especie oportunista, capaz de colonizar tanto áreas urbanas como forestales.

La fiebre amarilla es causada por un arbovirus del género *Flavivirus*. Cuenta con siete genotipos: cinco localizados en África y dos en América del Sur, que se derivan de un genotipo africano. Desde que se introdujo en Estados Unidos por la trata de esclavos, la fiebre amarilla ha dado lugar a varios brotes letales asociados al insecto vector *Aedes aegypti*.

El programa panamericano para la erradicación de este mosquito, lanzado en 1916, condujo a la eliminación de la fiebre amarilla urbana en 1954. La fiebre amarilla ahora solo persiste en la selva amazónica, donde circula entre los primates como huéspedes vertebrados, con los mosquitos zoofílicos como vectores. Tras las campañas de combate a *Ae. aegypti*, la especie reapareció en las ciudades en 1967. El mosquito *Ae. albopictus* apareció en Brasil en 1986. Esta especie oportunista es capaz de colonizar una amplia variedad de hábitats, desde áreas urbanas hasta bosques, lo que significa que puede servir como un enlace entre el ciclo forestal y un posible ciclo urbano de fiebre amarilla.

A pesar de que existe una vacuna efectiva disponible, la fiebre amarilla sigue siendo un importante problema de salud pública en América del Sur, donde la vacunación no siempre es obligatoria. Cada año, se registran alrededor de 200.000 casos y 30.000 muertes en todo el mundo.

Este estudio en laboratorio tuvo como objetivo adaptar la fiebre amarilla a *A. albopictus*. Se usaron dos poblaciones de mosquitos de Manaus, en el Amazonas –un área endémica de la fiebre amarilla–, y Rio de Janeiro, –una región urbana libre de fiebre amarilla–.

Los mosquitos se infectaron vía oral y, 21 días después, se recogió la saliva de más de 20 hembras y se amplificó *in vitro* en células de los insectos. Los virus producidos se administraron a los mosquitos, comenzando un nuevo ciclo de selección. A partir del quinto ciclo, el virus finalmente se detectó en la saliva de los mosquitos, lo que indicó que la transmisión viral era posible.

Estos hallazgos sugieren que la fiebre amarilla tiene un potencial de adaptación significativo para *A. albopictus* y que, por tanto, representa una amenaza considerable para la mayoría de los pueblos y ciudades de América del Sur, donde este mosquito está omnipresente.³



La leishmaniosis visceral zoonótica, causada por el parásito *Leishmania infantum*, puede ser mortal. Se transmite a humanos por la picadura de flebotomos, que se alimentan de mamíferos infectados, particularmente perros. En Brasil, donde la prevalencia de la enfermedad es elevada (más de 3.000 casos al año), el sacrificio de perros infectados ha resultado poco eficaz para frenar la transmisión del parásito.

Tratar a los perros de la comunidad con insecticidas sistémicos podría ser otra alternativa, aunque por el momento no hay insecticidas sistémicos registrados en el mercado para su uso contra flebotomos.

Se desarrolló un modelo matemático para estimar qué impacto tendría el uso de insecticidas sistémicos en perros sobre el número de infecciones humanas por *L. infantum*, en un área endémica de Brasil. Se tomaron en cuenta diferentes combinaciones de eficacia del insecticida, porcentaje de perros tratados, y duración del efecto insecticida.

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

Cómo aplicar el insecticida

El modelo reveló que, para reducir el número de nuevos casos a la mitad, se necesitaría tratar a 70% de los perros de la comunidad con un insecticida cuya eficacia inicial sea de 80% y que no baje de 65% durante seis meses. El mismo resultado se puede obtener con otras combinaciones de eficacia, cobertura y duración.

El modelo predice que, a nivel comunitario, el uso de insecticidas sistémicos en el reservorio canino del parásito podría reducir de manera considerable las infecciones humanas por *L. infantum*. Se podrían usar cebos tratados o pastillas masticables para facilitar su administración.

Los resultados del modelo ayudarán a definir las características del insecticida y la manera de aplicarlo para lograr la máxima eficacia. Esto guiará el desarrollo de nuevos productos o la adaptación de los ya existentes que puedan usarse como intervención de salud pública para controlar la leishmaniosis visceral zoonótica en regiones endémicas.⁴



Colombia: Se notificaron más de 29.000 casos de dengue en 2018

20 de octubre de 2018 – Fuente: Instituto Nacional de Salud (Colombia)

En la semana epidemiológica (SE) 41 de 2018, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) 940 casos probables de dengue, 350 casos de esta semana y 590 notificados de manera tardía; en la misma SE 41 de 2017 se notificaron 438 casos. A la fecha han ingresado al SIVIGILA 29.544 casos; 14.593 casos (49,4%) sin signos de alarma; 14.584 casos (49,4%) con signos de alarma y 367 casos (1,2%) de dengue grave.

Por procedencia, los departamentos Meta, Antioquia, Tolima, Valle del Cauca, Norte de Santander, Córdoba, Santander, Casanare, Cundinamarca, La Guajira, Barranquilla y Huila notificaron 76,6% de los casos.

Se reportaron casos procedentes de 32 entidades territoriales, cuatro distritos y 692 municipios. A nivel municipal, la mayor proporción de casos de dengue se presentan en Villavicencio (5,8%), Cali (5,4%), Medellín (3,8%), Cúcuta (3,6%) y Barranquilla (3,5%).

El 55% de los casos se registró en el sexo masculino. El 22,9% se registró en menores de 5 años. Se han notificado 481 casos en población indígena (1,6%), 592 casos en afrocolombianos (2,0%) y 142 casos en gestantes (0,48%).

Del total de casos de dengue con signos de alarma fue hospitalizado 73%. Para dengue grave la hospitalización fue de 91,6% de los casos (336/367).

La incidencia nacional de dengue es de 114 casos cada 100.000 habitantes en riesgo. Guaviare, Meta, Casanare, Putumayo, Tolima, Cundinamarca, Córdoba, Arauca, Norte de Santander, La Guajira, Amazonas y Huila registran las mayores incidencias.

El corredor endémico de dengue se ubicó por debajo del límite inferior histórico (2009-2017) en las SE 1 a 6 y un comportamiento dentro de lo esperado en las SE 7 a 40.

De acuerdo con la situación epidemiológica por departamento de procedencia, cuatro entidades territoriales se encuentran por debajo del número esperado de casos, 15 entidades con un comportamiento dentro de lo esperado, 11 entidades territoriales en situación de alarma y seis entidades territoriales con casos por encima del valor esperado para el último periodo conforme a su comportamiento histórico.

Hasta la SE 41 se han notificado 128 muertes probables por dengue, de las cuales 20 han sido confirmadas y corresponden a casos procedentes de La Guajira (4 casos), Antioquia (3), Meta (3), Tolima (2), Cundinamarca (2), Norte de Santander (1), Caquetá (1), Magdalena (1), Cartagena (1), y un caso procedente del exterior. Fueron descartadas 38 muertes, y 70 continúan en estudio en casos procedentes de: Córdoba (13 casos), Tolima (11), Casanare (9), Santander (6), Antioquia (6), Atlántico (3), Norte de Santander (3), Meta (3), Caquetá (2), Sucre (2), Valle del Cauca (2), Chocó (1), Caldas (1), Risaralda (1), Vaupés (1), Magdalena (1), Huila (1), Cesar (1), Barranquilla (1), Nariño (1) y La Guajira (1).



Estados Unidos: ¿Qué está causando los casos de mielitis flácida aguda?

17 de octubre de 2018 – Fuente: Kaiser Health News (Estados Unidos)

Un aumento en el número de niños con una enfermedad neurológica rara, que causa síntomas similares a los de la poliomielitis, tiene consternados a oficiales de salud y a los padres, aterrados. A más de cuatro años de registrarse el primer caso, gran parte del brote nacional sigue siendo un misterio.

La mielitis flácida aguda (MFA) afecta la materia gris en la médula espinal, causando una repentina debilidad muscular y pérdida de reflejos. La enfermedad puede causar complicaciones graves, como parálisis o insuficiencia respiratoria, y requiere atención médica inmediata.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están investigando 127 casos de MFA, incluyendo 62 que han sido confirmados en 22 estados este año. Al menos 90% de los casos se registraron en pacientes de 18 años o menos. La edad promedio de los pacientes es de 4 años.

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

La MFA sigue siendo extremadamente rara, incluso con el reciente aumento. Los CDC estiman que menos de una en un millón de personas desarrollará la enfermedad en el país. Los funcionarios aconsejaron a los padres que no se asusten, y que estén atentos ante cualquier aparición repentina de síntomas. También sugirieron que los niños estén al día con sus vacunas y que se laven las manos.

El brote de este año marca el tercer pico de MFA en cuatro años. Desde agosto de 2014 hasta septiembre de 2018, se han confirmado 386 casos. Sin embargo, los expertos aún no comprenden los aspectos cruciales de la enfermedad, incluidos sus orígenes y quién está en mayor riesgo.

“Hay mucho que no sabemos sobre la MFA”, dijo la Dra. Nancy Messonnier, directora del Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias.

La causa aún se desconoce

La mielitis flácida aguda puede ser causada por un virus, como el de la poliomielitis o el del Nilo Occidental. Pero los funcionarios federales dijeron que esos virus no se han relacionado con los brotes de los últimos cuatro años. Todavía no han logrado aislar al agente que la causa.

A pesar de los síntomas que son semejantes a los de la poliomielitis, ningún caso de MFA ha dado positivo para ese virus, según los CDC. Los investigadores también han descartado una variedad de gérmenes. Todavía están considerando agentes ambientales, virus y otros patógenos.

El brote de MFA en 2014 coincidió con una oleada de otro virus que causó problemas respiratorios graves, el enterovirus D68 (EV-D68). Sin embargo, los CDC no pudieron establecer un vínculo causal entre la mielitis y este virus. Desde entonces, no se han producido grandes brotes del EV-D68, según los CDC.

El Dr. Carlos Pardo-Villamizar, neurólogo y director del Centro de Mielitis Transversa de Johns Hopkins, dijo que el misterio radica en si el daño que se observa en el MFA lo causa un agente externo o las propias defensas del cuerpo.

“En este momento, no sabemos si es un virus que está llegando y produciendo daño directo a la materia gris en la médula espinal, o si un virus está provocando respuestas inmunológicas que producen un daño secundario en la médula espinal”, dijo.

No está claro quién está en riesgo

Aunque la enfermedad parece apuntar a un determinado grupo de edad, los expertos no saben todavía quién tiene mayor probabilidad de contraer mielitis flácida aguda.

Pardo-Villamizar dijo que identificar a las poblaciones vulnerables es “un trabajo en curso”.

La Dra. Mary Anne Jackson, especialista en enfermedades infecciosas pediátricas y decana interina de la Escuela de Medicina de la Universidad de Missouri-Kansas City, dijo que muchos de los pacientes que vio eran niños sanos antes de desarrollar MFA. Jackson sospecha que una gran cantidad de factores juegan un papel importante en la probabilidad de enfermarse, pero se deben revisar más casos para encontrar una respuesta.

Se desconocen los efectos a largo plazo

Los CDC dijeron que todavía no saben exactamente cuánto tiempo duran los síntomas. Sin embargo, expertos dicen que las señales iniciales de un pequeño número de casos sugieren una perspectiva sombría.

Un estudio publicado el año pasado encontró que seis de los ocho niños en Colorado con mielitis flácida aguda todavía tenían dificultades motrices un año después de su diagnóstico. No obstante, los investigadores hallaron que los pacientes y las familias “demostraron un alto grado de resistencia y recuperación”.

“La mayoría de estos pacientes quedan con problemas extensos”, dijo Pardo-Villamizar.

Jackson, quien también observó una debilidad muscular persistente en sus pacientes, dijo que cree que los CDC pueden dudar en especificar los efectos a largo plazo de la enfermedad porque los estudios que hay sobre esta enfermedad se basaron en grupos muy pequeños de pacientes. Se necesitan más estudios que incluyan una mayor proporción de casos confirmados para comprender mejor los resultados a largo plazo, dijo.



Estados Unidos, Delaware: Primer caso en el país de infección por virus Andes

19 de octubre de 2018 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*

En enero de 2018, una mujer ingresada en un hospital de Delaware dio positivo para un hantavirus del Nuevo Mundo. Pruebas posteriores detectaron el virus Andes mediante la secuenciación de ácidos nucleicos. Este caso representa la primera importación confirmada de infección por el virus Andes en Estados Unidos; también se han notificado dos casos importados en Suiza. Antes de su enfermedad, la paciente había viajado a la región de los Andes de Argentina y Chile entre el 20 de diciembre de 2017 y el 3 de enero de 2018. Se alojó en cabinas y albergues juveniles en condiciones supuestamente deficientes. No reportó exposición a roedores. Después de regresar a Estados Unidos el 10 de enero, desarrolló fiebre, malestar y mialgias el 14 de enero. El 17 de enero, viajó en dos vuelos domésticos comerciales. Fue hospitalizada del 20 al 25 de enero en Delaware y fue dada de alta en su casa después de la recuperación clínica.

El virus Andes, una especie de hantavirus del Nuevo Mundo, se transmite a los humanos principalmente a través del contacto con el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*), endémico en gran parte de Argentina y Chile. Los síntomas clínicos son similares a los de otros hantavirus del Nuevo Mundo, y la tasa de letalidad es de aproximadamente 36%. A diferencia de todas las demás especies de hantavirus, el virus Andes se puede transmitir de persona a persona; sin embargo, la transmisión se limita típicamente a los contactos cercanos de personas enfermas. Debido

a este riesgo, los CDC, así como los departamentos de salud del estado y del condado, iniciaron un rastreo de contactos.

Entre los 53 contactos identificados en seis estados, 51 fueron contactados con éxito. De estos, 28 era personal de atención médica, 15 contactos de la aerolínea (la tripulación de vuelo que atendía al viajero y los pasajeros sentados en un asiento del viajero), y ocho eran otros contactos del viajero (incluidos conocidos y un compañero de cuarto del hospital). Se recomendó a todos los contactos que se realizaran un autocontrol de su temperatura diariamente durante los 42 días posteriores al último contacto y que buscaran una evaluación médica para detectar cualquiera de los síntomas especificados. Los contactos que desarrollaron síntomas fueron analizados para detectar la presencia de hantavirus.

Se identificaron dos contactos de alto riesgo: un trabajador de la salud con exposición al sudor del viajero y un miembro de la familia con exposición a la ropa y la ropa de cama del viajero. Ambos permanecieron asintomáticos. Seis contactos de bajo riesgo, todos auxiliares de vuelo, reportaron enfermedad tipo influenza, diarrea o rinitis leve durante el período de incubación; todas las pruebas fueron negativas para hantavirus. Los contactos de bajo riesgo restantes permanecieron asintomáticos y la investigación concluyó el 8 de marzo.

Los pacientes hospitalizados con infección por el virus Andes deben tratarse con precauciones estándar de contacto y gotículas. Si bien el riesgo de transmisión del virus de persona a persona es bajo, se debe considerar el rastreo de contactos para identificar posibles casos y limitar las exposiciones adicionales. El personal de atención médica debe considerar el virus Andes en viajeros que regresan con enfermedad febril no específica o enfermedad respiratoria aguda cuyo historial de viaje incluye la región de los Andes de Argentina o Chile en las seis semanas previas.⁵

EL NUEVO DIARIO

Nicaragua: Los casos de malaria se incrementan 41%

22 de octubre de 2018 – Fuente: El Nuevo Diario (Nicaragua)

Los casos de malaria en Nicaragua siguen multiplicándose sin lograr una disminución, sobre todo en la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte, informó el Ministerio de Salud.

Hasta la semana epidemiológica 41 de este año, se reportó un incremento de 63,1% en los casos, con respecto al mismo periodo de 2017. Hasta el 14 de septiembre, al menos 10.982 personas habían enfermado de malaria en Nicaragua.

Lo anterior significa que hasta la fecha los casos de malaria ya superaron al total de casos que se reportaron durante el año pasado, 10.846, una cifra que representaba el pico más alto de afectación por esta enfermedad desde 2005.

De hecho, este aumento de casos le valió al país salir de la lista de países que la Organización Mundial de la Salud (OMS) preveía que eliminaran la malaria para el año 2020.

Aunque el año pasado la enfermedad no cobró ninguna vida, este año el Ministerio de Salud ya reportó tres muertes por esta causa.

Un niño de 10 años en Bilwi fue el primer fallecido. Estuvo ingresado durante cinco días en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Bilwi. Otra de las víctimas de la malaria fue una joven de 16 años de edad, también de Bilwi, quien falleció a inicios de septiembre.

La ministra de Salud, Sonia Castro González, informó a inicios de septiembre que 90% del total de casos de malaria reportados en el país se concentraban en la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte, especialmente en Puerto Cabezas. Ese día el sistema regional del Ministerio de Salud también decretó una emergencia sanitaria en Bilwi debido al incremento de casos de malaria y dengue.

En ese momento, Castro destacó que existía un "plan integral" que se realizaría en conjunto con las alcaldías y el gobierno regional para garantizar "una contención en la propagación de la malaria", lo que incluía una brigada de 15 especialistas que realizarían estudios del vector.



El mundo

THE AGE
INDEPENDENT. ALWAYS.

Australia, Victoria: Rápido aumento de los casos de úlcera de Buruli

20 de octubre de 2018 – Fuente: The Age (Australia)

Los casos de úlcera de Buruli en las ciudades costeras de Victoria se han incrementado rápidamente y se han extendido hacia el interior de Melbourne; algunas de las víctimas han requerido la amputación de las extremidades afectadas.

La enfermedad es causada por la bacteria *Mycobacterium ulcerans*. Si no se trata, las llagas pueden causar un dolor extremo a medida que la bacteria libera una toxina que suprime el sistema inmunológico y conduce a la gangrena. A menudo se requiere cirugía mayor para extirparlas. Se han conocido dos casos de amputación de extremidades en Victoria en los últimos 5 años.

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

Los datos del Departamento de Salud y Servicios Humanos muestran que hubo 277 casos en 2017. En lo que va de este año ya ha habido 276 infecciones, incluidos 49 casos nuevos en las últimas cuatro semanas. Si la tendencia continúa, el número total de casos podría alcanzar los 400 para fin de año.

Daniel O'Brien, de Geelong's Barwon Health, que actualmente atiende a más de 100 pacientes, dijo que las nuevas investigaciones sobre por qué se está propagando la enfermedad y cómo detenerla deben comenzar la próxima semana. "La epidemia cada vez es más grande. Parece que tendremos 400 casos este año, y quién sabe cuántos veremos el año que viene y el siguiente, por lo que hay una gran preocupación. La enfermedad se está propagando y no sabemos dónde aparecerá. Tampoco sabemos cómo prevenirla al 100%, por lo que no estamos teniendo mucho éxito", dijo.

El especialista acusó al gobierno de inacción a principios de este año. Esto hizo que se destinaran 2,14 millones de dólares de fondos estatales y federales para un proyecto de investigación que estudiará los factores de riesgo para contraer la úlcera de Buruli, incluido un cuestionario y visitas domiciliarias en las áreas más afectadas.

La enfermedad se registró por primera vez en la ciudad de East Gippsland en la década de 1930, pero más recientemente se la ha notificado en las penínsulas de Mornington y Bellarine. Para el año 2015, había llegado a los suburbios del sureste de Melbourne, incluidos Bentleigh, Hampton y Cheltenham. Ahora se han registrado casos en las áreas de Bayside y Port Phillip, en Melbourne.

Lo que más desconcierta a los científicos es que Victoria es la única región no tropical del mundo donde se detecta la úlcera. Un número mucho menor de casos se registra en Far North Queensland. De lo contrario, la bacteria se limita en gran medida a los países de África Occidental y Central, incluidos Benin, Camerún y Ghana.

O'Brien dijo que la conciencia acerca de la úlcera de Buruli entre los médicos había mejorado desde que los diagnósticos erróneos que obligaban a las víctimas a requerir una cirugía eran comunes. Sin embargo, dijo que se necesitaba hacer más para advertir al público, ya que el tratamiento temprano era clave para una terapia mucho menos invasiva. "El mensaje es que si alguien presenta una úlcera que no desaparece, que no está seguro de qué es, debe consultar con un profesional de la salud lo antes posible y verificar que no se trate de la úlcera de Buruli".⁶

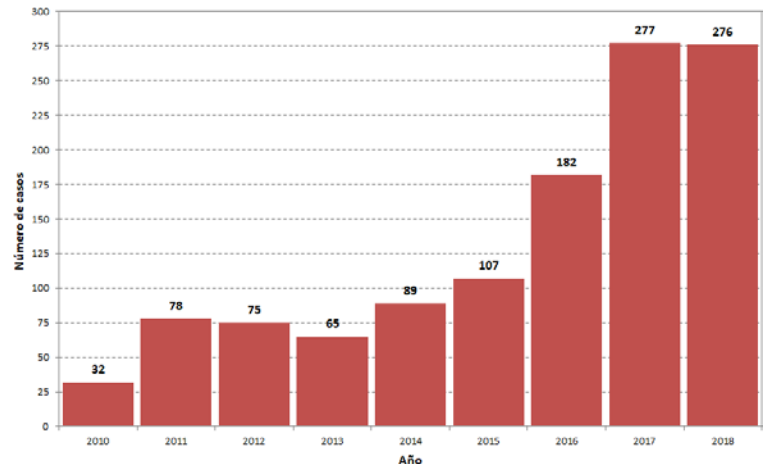


Gráfico 2. Casos notificados. Victoria, Australia. Años 2010/2018.

⁶ La úlcera de Buruli es una infección crónica y debilitante por *Mycobacterium ulcerans*, que afecta principalmente a la piel, y a veces al hueso. Este microorganismo pertenece a la misma familia que las bacterias causantes de la tuberculosis y la lepra. *M. ulcerans* es una bacteria presente en el ambiente cuyo modo de transmisión al ser humano todavía se desconoce. Para desarrollarse, *M. ulcerans* necesita una temperatura de 29 a 33°C (*Mycobacterium tuberculosis* se desarrolla a 37°C) y una baja concentración de oxígeno (2,5%). Este microorganismo produce una toxina destructiva (micolactona) que provoca daños en los tejidos e inhibe la respuesta inmunitaria.

Se han notificado casos en 33 países de África, América, Asia y el Pacífico Occidental. La mayoría de los casos se produce en regiones tropicales y subtropicales, aunque también se han notificado casos en Australia, China y Japón. La mayoría de los casos se ha registrado en el África Occidental y Central, en particular en Benín, Camerún, Costa de Marfil, República Democrática del Congo y Ghana.

No hay una tendencia predecible en el número de casos notificados anualmente. En 2015, 13 países notificaron 2.046 casos; en 2016, fueron 1.920. En Costa de Marfil, que solía notificar el mayor número de casos, ha habido una disminución progresiva desde 2011.

Las características clínicas y epidemiológicas de los casos varían en los diferentes países y entornos. En África, por ejemplo, 48% de los afectados son niños menores de 15 años, mientras que esa franja etaria representa 10% en Australia y 19% en Japón. No existen diferencias importantes entre las tasas de hombres y mujeres afectados.

Las lesiones se producen a menudo en las extremidades: 35% se produce en las extremidades superiores, 55%, en las extremidades inferiores y 10% en otras partes del cuerpo.

La gravedad de la enfermedad se ha clasificado en tres categorías: I. una sola lesión pequeña (32%); II. placa no ulcerosa o ulcerosa y formas edematosas (35%), y III. formas diseminadas y mixtas, tales como osteítis, osteomielitis o afectación articular (33%). En Australia y Japón, la mayoría de las lesiones (más de 90%) es de categoría I. Desde 2013, en Australia se vienen notificando casos graves, sin que se haya observado una causa clara para ello. En todos los países, al menos 70% de todos los casos se diagnostican en la fase de ulceración.

La úlcera de Buruli se manifiesta inicialmente como un nódulo indoloro. Puede comenzar también como una placa indolora o un edema difuso e indoloro en las piernas, los brazos o la cara. Debido a las propiedades inmunodepresoras de la micolactona, la enfermedad evoluciona sin dolor ni fiebre. En ausencia de tratamiento, pero a veces incluso durante el tratamiento antibiótico, el nódulo, placa o edema se convierte, al cabo de cuatro semanas, en úlceras que presentan los clásicos bordes socavados. Ocasionalmente se ven afectados los huesos, lo que provoca grandes deformidades.

Debido a los viajes internacionales, pueden aparecer casos en zonas no endémicas. Por consiguiente, es importante que los profesionales sanitarios conozcan la úlcera de Buruli y sus presentaciones clínicas.

El tratamiento consiste en una combinación de antibióticos y tratamientos complementarios.

Las intervenciones como el tratamiento de las heridas y la cirugía (sobre todo desbridamiento e injertos cutáneos) se utilizan para acelerar la curación de las heridas y reducir la duración de la hospitalización. En casos graves es necesaria fisioterapia para prevenir la discapacidad. Quienes quedan discapacitados necesitan rehabilitación a largo plazo.

Por el momento no hay medidas de prevención primaria que se puedan aplicar. Se desconoce el modo de transmisión y no hay vacunas. La vacunación con BCG (bacilo de Calmette-Guerin) parece proporcionar una protección limitada.



Bangladesh: Año récord en casos de dengue

16 de octubre de 2018 – Fuente: Institute of Epidemiology, Disease Control & Research (Bangladesh)

En lo que va del año 2018, hasta el 15 de octubre, Bangladesh reportó 7.450 casos de dengue y al menos 17 muertes relacionadas.

Este es récord en el número de casos de dengue en un año. El anterior más alto fue de 6.232 en 2002.

La cantidad de casos de dengue ha aumentado recientemente debido a varias razones, entre ellas la falta de conciencia, y los médicos dicen que la mayoría de los casos de este año son niños, en los que su sistema inmunológico es débil en comparación con el de los adultos.

En la capital, Dhaka, el alcalde de la Corporación de la Ciudad de Dhaka South, Sayeed Khokon, dijo que iniciaron una campaña para combatir al mosquito *Aedes* a principios de este año, en la que destruyeron alrededor de 50.000 potenciales criaderos en hogares de diversas áreas de la ciudad.

“Dimos lo mejor de nosotros para controlar el mosquito *Aedes* y continuaremos la campaña”, dijo, y agregó que la misma incluía charlas de concientización.

“El patrón de virus Dengue de este año ha sido un poco diferente al de los años anteriores, e intentamos saber más de los expertos”, dijo.

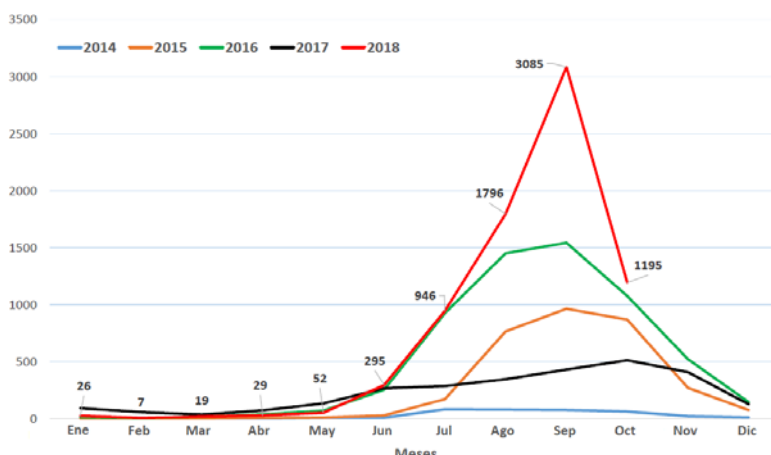


Gráfico 3. Casos notificados de dengue, según mes. Bangladesh. Años 2014/2018. Fuente: Instituto de Epidemiología, Control de Enfermedades e Investigación de Bangladesh.



Filipinas, Ilocos: Se disparan los casos de leptospirosis en Pangasinan

21 de octubre de 2018 – Fuente: Pangasinan Provincial Health Office (Filipinas)

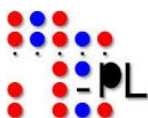
La Oficina de Salud Provincial (PHO) de Pangasinan está reportando un aumento en los casos de leptospirosis, al registrarse un aumento de 231% en comparación con el mismo período del año pasado.

Hasta el 24 de septiembre, la PHO reportó 372 casos y 47 muertes. Los varones representaron la mayor parte de los casos en la provincia. Durante los nueve primeros meses de 2017 se reportaron 110 casos.

La oficial de salud provincial, Dra. Anna Teresa de Guzmán, dijo que los casos en Pangasinan se dispararon a partir del mes pasado, cuando la provincia fue afectada por las graves inundaciones provocadas por las intensas lluvias monzónicas provocadas por el tifón.

Este mes, la provincia volvió a experimentar inundaciones masivas debido al tifón Ompong.

La ciudad de Dagupan reportó la mayoría de los afectados, con 111 casos y 13 muertes.



Kenya, Mandera: Dos muertes causó un brote de sarampión

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

Al menos dos personas, un niño y una anciana, murieron a causa de un brote de sarampión que afecta desde febrero pasado al sureño condado keniano de Mandera, comunicó hoy el Gobierno.

El Departamento de Salud de esa localidad reportó que fueron detectados desde entonces 313 casos de esa enfermedad, que afecta tanto a menores de cinco años, como a adultos, según el Director de Salud del condado, Mohamud Mohamed.

La región todavía lucha en los territorios de Banisa y Mandera West contra la epidemia, afirmó el funcionario.

Mohamed atribuyó la aparición del brote a la baja cobertura de inmunización, a causa de la naturaleza nómada de sus comunidades, así como a la pobre respuesta del Gobierno y la situación de inseguridad de esa región, atacada con frecuencia por el grupo terrorista somalí Al-Shabab.



Suiza: Un brote de listeriosis afecta a seis cantones

16 de octubre de 2018 – Fuente: Radio Télévision Suisse (Suiza)

Desde junio de 2018, un inexplicable brote de listeriosis, una enfermedad infecciosa rara, ha estado ocurriendo en seis cantones de Suiza. La Oficina Federal de Salud Pública (FOPH) ha identificado 12 casos, dos de los cuales han sido fatales.

“Lo que es inusual es que en todos los casos se trata del mismo serotipo de la bacteria, el 4B. Contamos doce casos, que no son muchos, pero los doce han sido causados por el mismo serotipo en un corto periodo de tiempo. No es normal”, dijo Daniel Koch, director de la División de Enfermedades Transmisibles de la FOPH.

Se están realizando investigaciones para detectar el origen de las infecciones. Actualmente, seis cantones han sido afectados por el brote de listeriosis. En Neuchâtel se reportaron tres casos, cuatro en Valais y otros en Tessin, Zurich, Argovie y Schwyz.

“La población no está en riesgo”

La listeriosis es una enfermedad infecciosa rara causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*, que se propaga en particular a través de la ingestión de alimentos contaminados. Fiambres, quesos blandos y ensaladas son los alimentos que pueden ser fuentes de infección.

“Podemos hablar de una epidemia, y que esta enfermedad puede ser mortal, pero la población no está en riesgo. La listeriosis puede ser grave en aquellas personas con una disminución de la inmunidad; es especialmente preocupante en mujeres embarazadas y ancianos”, dijo Raffaele Malinverni, jefe del Departamento de Medicina del Hospital de Neuchâtel.

¿La misma fuente?

La FOPH recuerda que las personas en riesgo deben evitar las verduras crudas, la carne cruda o poco cocida, el pescado y los mariscos crudos, el queso blando y la leche sin pasteurizar.

“La investigación es aún más difícil debido a que los casos se extienden por toda Suiza. No es fácil: las personas probablemente se hayan infectado con el mismo alimento, pero es un alimento que se tuvo que distribuir en muchos lugares”, dijo Daniel Koch.

Se trataría de varias personas infectadas por la misma fuente de bacterias. La situación no es nueva: en 1987, más de 120 personas se enfermaron después de comer Vacherin-Mont-d’Or⁷ y treinta de ellas murieron.⁸

Publicidad relacionada con la salud



Centers for Disease Control and Prevention (2018. Estados Unidos).

⁷ El Vacherin-Mont-d’Or es un queso blando de leche sin tratar de vacas de la raza *Mont Béliard*, ideal por el contenido proteínico de la leche. Es originario del Cantón de Jura (Suiza) y el Departamento de Jura (Francia).

⁸ *Listeria monocytogenes* se distribuye ampliamente en el ambiente, donde puede formar biofilms, que les permiten adherirse a las superficies sólidas y llegar a ser extremadamente difíciles de eliminar, especialmente en partes de equipos de procesamiento de alimentos de difícil acceso. En brotes anteriores, la contaminación ocurrió en partes de la maquinaria, mucho más allá del proceso de limpieza recomendado por el fabricante, y se detectó recién después de que los dispositivos se desarmaran completamente. Debido a que *L. monocytogenes* se puede multiplicar a temperaturas de refrigerador, los productos listos para comer, contaminados con *Listeria*, que no requieren cocción adicional antes del consumo, como el salmón ahumado o las carnes frías (p. ej., jamón), son reconocidas fuentes potenciales de listeriosis. La leche no pasteurizada y el queso y otros productos lácteos hechos de leche no pasteurizada son otras fuentes frecuentes de listeriosis. Sin embargo, en algunos brotes la fuente ha sido la contaminación con *Listeria* después de la pasteurización.

El serotipado de las cepas de *L. monocytogenes*, basado en variaciones en los antígenos somáticos (O) y flagelares (H), determinó que, de los 12 serotipos, solo tres (1/2a, 1/2b y 4b) causan 95% de los casos humanos; el serotipo 4b es el más comúnmente asociado con brotes. El genotipado de los aislamientos clínicos de personas enfermas, si concuerdan, establece que se está tratando con una fuente común.

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.