



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.

2.118

7 de noviembre 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)

Córdoba

- La enfermedad de Chagas y el fútbol de veteranos en Traslasierra

Argentina

- Vigilancia de dengue

América

- Colombia: Reportaron más de 9.000 casos de enfermedades de transmisión por alimentos
- Perú registra más de 37.000 casos de malaria, y 96% está en Loreto
- Perú, Loreto: Controlan brote de dengue y leptospirosis en el poblado de Juancito
- México: Los casos de influenza se disparan 352% a nivel nacional

El mundo

- China: La epidemia de tuberculosis se debe a la expansión de cuatro cepas de bacterias hace 1.000 años

- España, Comunidad Valenciana: Un brote de escabiosis afecta a 32 personas en un hospital de La Vila Joiosa
 - Etiopía: La OMS confirmó diez muertos por fiebre amarilla y envió casi 1,5 millones de vacunas
 - Europa: 33.000 personas mueren al año por infecciones con bacterias resistentes a los antibióticos
 - Israel, Jerusalén: Lanzan una campaña de vacunación de emergencia contra el sarampión
 - Japón: El número de casos de sífilis supera los 5.000 por segundo año consecutivo
 - Uganda: Reportan un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo
- ¿Estamos preparados para la gran pandemia? (Segunda parte)**
- Cómo la influenza aviar dio forma a la Gran Guerra

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/



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/

El 27 de octubre, mientras jugaba al fútbol, un hombre de 45 años se desplomó sin vida en la cancha del Club 'Juventud Unida' de Mina Clavero. Competía en la categoría Súper Senior, que teóricamente depende de la Liga de Fútbol de San Alberto, en la que más de 4.000 futbolistas de distintas categorías juegan sin un certificado médico formal, exigido por ley en la provincia de Córdoba. La tragedia renovó la polémica en torno a la actividad. Se trata del tercer futbolista que muere mientras juega en la zona, en pocos años. Los tres fallecidos padecían la enfermedad de Chagas, una patología que en la región ha sido endémica.

Al otro día de su muerte, y luego de un minuto de silencio en su homenaje, los torneos continuaron con normalidad.

La Liga incluye 22 equipos de los departamentos San Alberto, Pocho y Minas. La realidad socioeconómica de la región impone condiciones precarias: jugadores "voluntarios" y mal cuidados, canchas incómodas e inseguras para competidores y espectadores, ausencia de personal médico y ambulancias, venta de alcohol y falta de vigilancia en algunos casos. A su vez, el fútbol representa en la zona un hecho social importante, sobre todo fuera de la temporada turística.

"Fuera del verano, el fútbol es una de las pocas actividades que existen para sacar a los chicos de la calle, y uno de los pocos entretenimientos que tiene la gente; la Provincia exige pero no facilita los medios" analizó el periodista Víctor López. Su colega Claudio Chiappero aportó: "Aquí la realidad es muy especial: entrar a la cancha puede costar 70 o 90 pesos, y quizá se venden 20 entradas, no alcanza para pagar árbitros y adicionales, y el premio es un trofeo y una vuelta olímpica". Además, la llamada 'Liga Pirata', en parte del sur de Traslasierra, vive una realidad similar, con cientos de jugadores que compiten entusiastamente fuera de toda norma.

Carencias

Luis Rodríguez, presidente de la Liga de San Alberto, afirmó que las categorías Seniors y Súper Seniors (de más de 40 y más de 45 años respectivamente) no pertenecen a la institución. No obstante, aceptó que los miles de jugadores de siete categorías en 22 equipos de la región no poseen la Evaluación Médica para la Mediana y Alta Competencia (EMMAC), que se exige en Córdoba por ley.

"No tienen la EMMAC porque en la zona no hay médicos prestadores. Deben ir a Villa Dolores (a 50 kilómetros de Mina Clavero) o a Córdoba (a 145 kilómetros), y tiene un costo de unos 1.000 pesos por jugador; los clubes no pueden afrontar eso" afirmó Rodríguez. Y agregó: "Cuesta que cada jugador pague mensualmente los 37 pesos de un seguro que se exige. Las condiciones socioeconómicas de la zona no permiten normalizar; si exigimos eso, directamente no jugamos".

No obstante, Rodríguez reconoció la irregularidad y comentó: "El 6 de noviembre nos reuniremos con autoridades de la Agencia Córdoba Deportes para buscar una solución al tema".

En cuanto a la organización de las categorías mayores, con mayores riesgos, Rodríguez dijo: "No pertenecen formalmente a la Liga, solamente les prestamos la sede para que se organicen". No obstante, en la cuenta de Facebook de la Liga figuran los torneos de "veteranos" junto a los de otras categorías. Y en la comunidad, se conoce que las canchas y los árbitros son los mismos.

En los partidos Seniors no se cobra entrada, no hay paramédicos y no se exigen adicionales policiales. Sólo en Mina Clavero, el municipio ofrece paramédicos en las canchas de esa localidad.

Víctor Cervera, médico deportólogo y efector de los EMMAC en Villa Dolores, es tajante: "Seguir así es una ruleta rusa: tenemos que esperar que caiga el próximo. Esta situación debe regularizarse de algún modo, cada jugador debe tener conciencia en cuidarse".

El profesional aclaró que en competidores de cualquier deporte, la EMMAC debe ser anual. En menores de 13 años, el costo del estudio es de 400 pesos, ya que sólo incluye revisión física y electrocardiograma. Después de esa edad se realiza un análisis bioquímico (unos 100 o 200 pesos más). A los 16, se agrega una ergometría cada cinco años. Ese estudio luego de los 30 debe hacerse anualmente. Es aquí donde el costo sí puede rondar los 1.000 o 1.200 pesos.

La enfermedad de Chagas, un factor condicionante

Los médicos explicaron que la enfermedad de Chagas no es un factor decisivo ni determinante en un caso de muerte por paro cardíaco en un partido de fútbol, pero al producir arritmias entre otros trastornos en el organismo, puede incidir y es por esto que resulta vital que todos los jugadores veteranos, pero más aún en esta zona, tenga un EMMAC al día. El modelo es la Liga Dolorense, con 3.000 jugadores, que tiene los aptos cardíacos de todos los jugadores en orden.

La tragedia

La última persona fallecida lo hizo haciendo lo que le apasionaba. A media tarde cayó en la cancha ante la mirada de uno de sus hijos y de su hermano. La desesperación de ellos y de sus compañeros del equipo 'Industrial B' no alcanzó para salvarlo.

La Policía no dejó que se lo transportara en un auto particular. La ambulancia llegó a los 30 minutos y ya en el Hospital Municipal de Mina Clavero se les informó que un infarto masivo había terminado con su vida.

Hacia 20 días que le habían diagnosticado la enfermedad de Chagas, y pensaba empezar su tratamiento después de la operación del menor de sus cuatro hijos. Pero la vida no le dio tiempo.

“Todos debemos cambiar, los jugadores, los clubes, la Liga; esto no debe volver a suceder”, dijo su hermano, que también es jugador.

Argentina



Vigilancia de dengue

28 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	111	62	22	16
Buenos Aires	152	124	35	20
Córdoba	17	1	9	1
Entre Ríos	4	3	1	2
Santa Fe	6	4	7	2
Centro	290	194	74	41
Mendoza	—	2	1	1
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	2	1	1
Corrientes	15	131	5	3
Chaco	581	190	11	16
Formosa	23	84	—	3
Misiones	145	9	9	1
NEA	764	414	25	23
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	1	1	2
La Rioja	—	—	—	—
Salta	9	11	2	3
Santiago del Estero	100	12	—	—
Tucumán	3	5	—	—
NOA	112	29	3	5
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	1
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	1
Total Argentina	1.166	639	103	71

Tabla 1. Casos confirmados y probables, según provincia y región, y antecedentes de viaje. Argentina. Año 2018, hasta semana epidemiológica 41. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina.

A la semana epidemiológica (SE) 41 de 2018, no se registra circulación autóctona del virus Dengue: los últimos casos autóctonos en contexto de brote se registraron en la SE 28.

Desde el cierre del período de brote y hasta la semana actual (SE 29 a 41) se identificaron seis casos positivos importados:

- Buenos Aires (cuatro casos): Dos casos confirmados por serotipo DENV-1 con antecedente de viaje a Colombia (SE 36) y México (SE 40); un caso confirmado sin serotipo con antecedente de viaje a Colombia (SE 36) y un caso probable con antecedente de viaje a Cuba (SE 35).
- Córdoba (un caso): Un caso confirmado por DENV-1 con antecedente de viaje a Colombia (SE 32).
- Santa Fe (un caso): Un caso confirmado por DENV-1 con antecedente de viaje a Brasil (SE 30).

Además se registró un caso probable sin antecedente de viaje en la provincia de Chaco (SE 37).

América



Colombia: Reportaron más de 9.000 casos de enfermedades de transmisión por alimentos

5 de noviembre de 2018 – Fuente: Opinión y Salud (Colombia)

El Instituto Nacional de Salud (INS) indica en su Boletín Epidemiológico 42 de 2018 que se han notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) 754 brotes de enfermedades de transmisión alimentaria. Dice la entidad que este año se observó una disminución de 5,9%, pero durante las semanas epidemiológicas (SE) 2, 11, 13, 17, 36 y 42 se superó el número de brotes presentados en los años anteriores.

Por otro lado los brotes notificados en la SE 42 se vieron involucrados 9.062 casos, 29,8% más que en el año 2017. En la SE 35 se presentó un brote en población cerrada con un número importante de casos superando el histórico.

Con respecto al periodo de tiempo analizado, 57,3% de los brotes fueron reportados por seis entidades territoriales, siendo Valle del Cauca (88 brotes), Bogotá (65 brotes), Sucre (55 brotes) los de mayor casuística.

En Colombia, en relación con el lugar implicado, 51,2% de los brotes ocurrieron en el hogar, 18,1% en restaurantes, 16,2% en instituciones educativas, 8,4% en club social, 2,3% en establecimientos militares, 1,7% en establecimientos penitenciarios; 54% de los casos corresponden al sexo femenino; el grupo de edad con mayor afectación es el de 20 a 49 años (45,3%), seguido del grupo de 10 a 19 años (25,2%).

De igual forma, el queso estuvo presente en 20,5% de los brotes; otros productos involucrados fueron el pollo (18,3%), los alimentos mixtos (9,7%), las comidas rápidas (9,8%), la carne de res y cerdo (10,6%), pescados y mariscos (7,4%) y jugos (2,9%).

Por último, en 60,5% (429) del total de brotes notificados se recolectaron muestras de alimentos, biológicas o de superficies (vivas o inertes), logrando la identificación de uno o más agentes etiológicos en 40,5% de estos (174). En 42% de los brotes (182) se identificó como agente etiológico una bacteria.



Perú registra más de 37.000 casos de malaria, y 96% está en Loreto

5 de noviembre de 2018 – Fuente: Radio Programas del Perú (Perú)

En Perú, la malaria tiene presencia en las regiones de Loreto, Amazonas, Junín, San Martín, La Libertad y Cusco, con 37.378 casos en total, con información actualizada hasta octubre del presente año.

Si bien se registran menos personas infectadas que en 2017, cuando terminó el año con 55.000 casos, aún se mantiene a Loreto como la región con más población afectada. Actualmente, dicha región reúne hasta 96% de todos los casos de malaria (36.000 infectados en promedio).

Actualmente se observa una reducción de 15% a 37% de casos de malaria en Loreto respecto del año pasado. Amazonas ocupa el segundo lugar con 558 casos en 2018.

Los niños son los más infectados por la malaria. Un promedio de 46% de todos los casos registrados en el presente años son en menores de 11 años; 21% afectó a adultos de entre 30 y 59 años.

El Gobierno peruano implementó el Plan Malaria Cero, desplegando brigadas de diagnóstico de malaria que se dirigieron a 558 comunidades nativas, en donde se detectaron más de 2.000 casos de malaria.



Perú, Loreto: Controlan brote de dengue y leptospirosis en el poblado de Juancito

5 de noviembre de 2018 – Fuente: Agencia Andina (Perú)

El brote de dengue y leptospirosis registrado en el centro poblado de Juancito, en el distrito de Sarayacu, provincia loreтана de Ucayali, fue controlado, informó hoy el Ministerio de Salud.

Una brigada multidisciplinaria, integrada por 16 profesionales de la salud, entre médicos, infectólogos, epidemiólogos, enfermeros, biólogos y otros especialistas, permanece en la localidad para reforzar las atenciones en el puesto de salud.

“Ello en respuesta inmediata a un brote de dengue y leptospirosis, que a la fecha se encuentra bajo control”, afirmó el director regional de Salud de Loreto, Guillermo Angulo Arévalo.

Indicó que en el puesto de salud de Juancito se han implementado camillas y está abastecido con medicamentos e insumos necesarios para atender a los pacientes hospitalizados.

“De 145 muestras procesadas, tenemos el reporte de 10 casos de dengue y 38 de leptospirosis. La situación está controlada”, remarcó.



México: Los casos de influenza se disparan 352% a nivel nacional

4 de noviembre de 2018 – Fuente: Publimetro (México)

La influenza estacional en México ha registrado 267 casos entre las semanas epidemiológicas (SE) 40 a 44 –del 30 de septiembre al 1 de noviembre–, lo que representa un incremento de 352% en comparación con el mismo periodo de 2017, cuando sólo se confirmaron 59 casos.

De acuerdo con el reporte de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud (SSa), la SE con más casos confirmados fue la 41, con 83 pacientes y cuatro defunciones; seguida de la SE 42 cuando confirmó 75 pacientes con influenza y dos defunciones; y la SE 43, con 57 casos y una defunción.

Mientras que en la SE 40 de la temporada estacional 2018-2019, se confirmaron 51 casos y dos defunciones y en la 44, un caso confirmado, sin defunciones.

De acuerdo con la DGE, desde la SE 40 a la 20 del siguiente año se considera "temporada de influenza estacional" en la cual existe una mayor circulación viral de influenza y otros virus respiratorios.

Además, entre los factores que se consideran responsables del incremento en la detección, figura que este año el primer frente frío se presentó en septiembre, dando condiciones climáticas para esta enfermedad.

A(H1N1) al alza

Del total de detecciones reportadas por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 205 corresponden a la cepa A(H1N1), la misma por la que en 2009 se declaró una pandemia en México.

También se aisló en 45 pacientes influenza B; en 13 influenza A, incluye A(H1) y A no subtipificable, y cuatro más con A(H3N2).

Dentro de los grupos vulnerables a esta enfermedad se identifican al de uno a nueve años, seguido por el de 40 a 49 años y a los mayores de 60 años.

Las entidades en donde más pacientes de influenza se han comprobado en la temporada estacional 2018-2019 fueron Veracruz (53 casos), Guerrero (35), Chiapas (33), Tabasco (22) y Oaxaca (18), acumulando 60% de la incidencia.

En las defunciones también se dio un incremento, ya que mientras en la semana 44, en 2017 no se tenía registro alguno, en este año se han notificado nueve decesos por esta enfermedad.

De éstas, siete fueron por A(H1N1) y dos por el tipo B; registrándose cuatro en Veracruz; dos en Chiapas; una en Tlaxcala, Aguascalientes y Tabasco, respectivamente.

Las autoridades de la SSa intensificaron la vacunación desde el pasado mes de septiembre. En su momento se dijo que se tenían disponibles 30 millones de dosis gratuitas para inmunizar contra el virus por 10 a 12 meses.

El mundo

nature
ecology & evolution

China: La epidemia de tuberculosis se debe a la expansión de cuatro cepas de bacterias hace 1.000 años

5 de noviembre de 2018 – Fuente: *Nature Ecology & Evolution*

El 99% de las cepas de tuberculosis actualmente en circulación en China son descendientes de cuatro cepas anteriores que se introdujeron en China hace unos 1.000 años, probablemente a través de la Ruta de la Seda Marítima, y que han pasado por varias expansiones desde el siglo XII.

El trabajo, que reconstruye la historia genómica de la epidemia de tuberculosis en China, muestra que la incidencia de la tuberculosis en el país se debe más a un legado histórico con origen hace cientos de años que a un resurgimiento asociado a factores sociales como el crecimiento de la población, la movilidad y el aumento de la urbanización.

La tuberculosis no afecta a la población de los países de manera uniforme. Por ejemplo, 30 países que suponen sólo 9% del total soportan 87% de los afectados por la tuberculosis. Esto plantea la pregunta de ¿cómo se originó la epidemia de tuberculosis en esos países? China es el tercer país con más casos de tuberculosis. Existen registros históricos de casos de tuberculosis en lugares como Laobing o Shizhu, pero no se registran brotes epidémicos de tuberculosis. Entonces, ¿cuándo se propagó la tuberculosis a China y cuándo comenzó la epidemia de masas?

En el trabajo se llevó a cabo el genotipado y la secuenciación de un total de 4.578 cepas de tuberculosis recogidas en 76 lugares de 31 provincias en China, y se analizaron comparándolas con 15.591 cepas de tuberculosis de otros lugares del mundo.

Se descubrió que 99% de las cepas de tuberculosis actualmente en circulación en China son en realidad descendientes de cuatro cepas anteriores que se introdujeron en China hace unos 1.000 años, probablemente a través de la Ruta de la Seda Marítima, y que han pasado por varias expansiones desde el siglo XII.

Posteriormente, algunos de estos genotipos se dispersaron a otras partes del mundo. Por ejemplo, uno se extendió a la provincia de Xinjiang, en el noroeste de China, probablemente a través de la Ruta de la Seda Terrestre, y de ahí a Europa en los siglos XIV y XVII, desde donde volvió a expandirse.

Estas expansiones alcanzaron el pico de epidemia en China a fines del siglo XVIII y han sufrido un descenso abrupto desde mediados del siglo XX debido al uso de los antibióticos.

Los distintos genotipos de cepas de tuberculosis pueden diferir en su capacidad de transmitir o causar enfermedades. Las cepas con mayor transmisibilidad pueden superar a las otras y barrer a una proporción mayor de la población. El estudio mostró cómo un genotipo de tuberculosis china llamado L2.3 se separó a principios del siglo XVI de uno de los cuatro originales y sufrió expansiones abrumadoras posteriormente hasta alcanzar a 60% de la población china, y continuando muy activo en la actualidad.

También se observó al menos una docena de otros genotipos de cepa de tuberculosis que se han introducido posteriormente en China, pero que no han logrado una expansión exitosa en la población, lo que sugiere que los genotipos autóctonos podrían adaptarse mejor a la población humana local que los genotipos nuevos.¹

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

3 de noviembre de 2018 – Fuente: TeleCinco (España)

Un total de 32 personas –cuatro pacientes y 28 trabajadores de dos servicios hospitalarios– han sido diagnosticadas de escabiosis por un brote detectado en el Hospital 'Marina Baixa', en la localidad alicantina de La Vila Joiosa.

El Servicio de Medicina Preventiva del centro sanitario está investigando el brote y ha puesto en marcha los protocolos de actuación y el estudio de contactos, según confirmó la Conselleria de Sanidad.

El protocolo consiste en aplicar el tratamiento con permetrina al 5% a todos los casos y sus contactos, así como a los trabajadores de los servicios afectados y sus familias.

Asimismo, se les han proporcionado por escrito las precauciones que deben adoptar en su domicilio tanto con la ropa como con otros utensilios.

La gerente del departamento de Salud de 'Marina Baixa', Rosa Louis Cerezeda, detalló que el primer caso se diagnosticó a mediados de octubre y que "el centro procedió inmediatamente a tratar a la persona afectada y a todos los posibles contactos, así como a hacer una búsqueda activa de casos entre pacientes y trabajadores".

"Todo controlado"

Además, indicó que, aunque no se puede dar por terminado el brote hasta que no transcurran dos semanas sin detectar un nuevo caso, está "todo controlado". "En todos los casos se ha actuado de la misma forma: tratando contactos y, en el caso de los trabajadores, mandando al trabajador a casa un día para que se aplique el tratamiento", explicó.

"Una vez detectada la situación, se implementó una serie de precauciones por parte de los trabajadores sanitarios; los pacientes no tienen que hacer nada, tienen que estar totalmente tranquilos. En Traumatología precisamente no hay nada, porque está todo el mundo tratado y todo controlado", agregó.



6 de noviembre de 2018 – Fuente: Europa Press

La Organización Mundial para la Salud (OMS) confirmó en un reciente informe la muerte de al menos diez personas a causa de un brote de fiebre amarilla en Etiopía y anunció el envío de cerca de 1,5 millones de vacunas para hacer frente a la emergencia.

El organismo internacional detalló que el nuevo brote ha sido confirmado en la zona de Wolaita, ubicada en la Región Southern Nations, Nationalities, and Peoples (SNNP), ubicada en el suroeste del país.

Así, indicó que hasta la fecha se ha confirmado un total de 35 casos, todos los cuales son personas residentes en Offa Woreda, sin que se hayan registrado nuevos casos durante la última semana.

El Grupo Internacional de Coordinación (ICG) aprobó el envío de 1.450.000 vacunas del almacén de emergencia para una campaña masiva de vacunación reactiva, con el objetivo de vacunar a 1.340.000 personas en nueve distritos de las zonas de Gamo Gofa y Wolaita.

Este brote es motivo de preocupación debido a que la población de Etiopía es altamente susceptible a la fiebre amarilla debido a la falta de una exposición reciente y la falta de inmunizaciones a gran escala.

Además, los movimientos de población y cabezas de ganado debido a los conflictos en la región suponen un riesgo para una mayor expansión de la enfermedad.

Si bien se llevó a cabo rápidamente una campaña reactiva de vacunación en la zona afectada, existe la necesidad de incrementar la respuesta a otras zonas en riesgo, así como adoptar medidas de control a largo plazo.

Etiopía se encuentra dentro del 'cinturón geográfico de la fiebre amarilla', y tuvo frecuentes brotes hasta la década de 1960, pero no más hasta 2013, en los que se reportaron 143 casos.

6 de noviembre de 2018 – Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control

Aproximadamente 33.000 personas en Europa mueren cada año como consecuencia directa de una infección por bacterias resistentes a los antibióticos, con una incidencia comparable a la de la influenza, la tuberculosis y el VIH combinados.

Se estimó la incidencia de cinco tipos de infecciones causadas por bacterias resistentes a los antibióticos de interés para la salud pública en la Unión Europea y en el Espacio Económico Europeo (UE/EEE). La carga de la enfermedad se mide en número de casos, muertes atribuibles y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Estas estimaciones se basan en datos de la red europea de vigilancia de resistencia a los antimicrobianos (EARS-Net) de 2015.



De esta forma, se revela que la incidencia estimada de infecciones con bacterias resistentes a los antibióticos en Europa ha aumentado considerablemente desde el año 2007. El estudio demostró que la contribución de varias bacterias resistentes a los antibióticos al total varía enormemente entre los países, destacando así la necesidad de estrategias de prevención y control adaptadas a las necesidades de cada país europeo.

Se calcula que 75% de la carga de la enfermedad se debe a infecciones asociadas a la asistencia médica, y que reducirla mediante medidas adecuadas de prevención y control de la infección, así como la administración de antibióticos, podría ser un objetivo alcanzable.

Finalmente, 39% de la carga está causada por infecciones con bacterias resistentes a los antibióticos de última línea, como los carbapenemes y la colistina. Esto supone un aumento con respecto a 2007, preocupante porque estos antibióticos son las últimas opciones de tratamiento disponibles. Cuando estos ya no son efectivos, es extremadamente difícil o, en muchos casos, imposible tratar las infecciones.²

jns Jewish News Syndicate

Israel, Jerusalén: Lanzas una campaña de vacunación de emergencia contra el sarampión

5 de noviembre de 2018 – Fuente: Jewish News Syndicate (Israel)

El Ministerio de Salud de Israel está instando a todos aquellos que han pospuesto la vacunación de sus hijos contra el sarampión a que lleven a sus hijos de inmediato a alguna de las muchas clínicas de salud Tipat Halav³ por sus vacunas, ya que el número de casos de esta enfermedad potencialmente letal se ha disparado en el área de Jerusalén.

El 4 de noviembre, el Ministro de Salud anunció que algunas salas de hospital, como las de cuidados intensivos y las de oncología, estarían prohibidas para todos aquellos que no han recibido la vacuna contra el sarampión.

Yaakov Litzman, el ultraortodoxo viceministro de Salud, organizó una campaña de vacunación particularmente agresiva en varios vecindarios ultraortodoxos de Jerusalén y Beit She-mesh, donde las tasas de vacunación son particularmente bajas, de alrededor de 50%.

A partir del 5 de noviembre, los centros Tipat Halav en Ramot, Givat Shaul, Ramat Eshkol, Romema, Sanhedria y Ramat Shlomo, en Jerusalén, así como los centros en Beit She-mesh y Beitar Illit, estarán abiertos todos los días hasta tarde durante las próximas dos semanas para intentar prevenir la enfermedad, que se describe como extremadamente contagiosa y particularmente peligrosa para niños pequeños, mujeres embarazadas, ancianos y enfermos.

También se enviaron clínicas móviles adicionales de vacunación a las áreas donde se ha observado la mayor concentración de casos.

Alrededor de 753 casos de sarampión han sido reportados a las autoridades en Jerusalén, con más de 1.300 casos desde principios de 2018.

Un informe estableció que entre 90 y 95% de las personas infectadas con sarampión en el último brote no estaban vacunadas.

La semana pasada, un niño no vacunado de 18 meses murió a causa de la enfermedad en Jerusalén.

El 4 de noviembre, a un niño del barrio Arnona del sur de Jerusalén se le diagnosticó sarampión. Su guardería, así como otra vecina, estaban cerradas, y a los padres se les instó a vacunar a sus hijos o aplicarles vacunas de refuerzo debido a la exposición.

Ese mismo día, dos estudiantes del último año de secundaria que nunca habían sido vacunados fueron diagnosticados con sarampión en la ciudad de Katzrin, en el Golán.



The Japan News

Japón: El número de casos de sífilis supera los 5.000 por segundo año consecutivo

11 de octubre de 2018 – Fuente: The Japan News (Japón)

El Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas de Japón reportó por segundo año consecutivo más de 5.000 casos de sífilis en el país. Con 88 casos reportados en la última semana de septiembre, los funcionarios de salud elevaron el total a 5.081 casos.

En todo 2017, Japón registró 5.534 casos de sífilis, la primera vez en más de cuatro décadas.

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

³ La clínica Tipat Halav es un centro de salud familiar vecinal que brinda servicios de salud pública a mujeres embarazadas, bebés, niños y sus familias. Los centros están ubicados en todo el país y son operados por el Ministerio de Salud, los municipios de Jerusalén y Tel Aviv y las clínicas de planes de salud. En el Ministerio de Salud y los municipios de Jerusalén y Tel Aviv, el servicio se brinda a toda la población, y en las Clínicas de Planes de Salud, el servicio se brinda solo a aquellos que están asegurados por ellos. Los servicios son proporcionados al público sin costo alguno.

Casi 1.300 de los casos fueron reportados en Tokyo, mientras que Osaka reportó más de 800 casos. La infección de transmisión sexual se registra principalmente entre hombres de 20 a 40 años y mujeres de 20 a 30 años.

Muchos de los pacientes son mujeres trabajadoras sexuales, y hombres que son sus clientes. También hay casos en los que un esposo infectado transmite la enfermedad a su esposa.



Uganda: Reportan un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

1 de noviembre de 2018 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Autoridades sanitarias ugandesas reportaron hoy la confirmación de un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, dolencia cuya letalidad puede alcanzar hasta 40% de los infectados.

El caso fue confirmado tras analizar las muestras de sangre de un paciente internado en un centro médico del distrito de Kabarole, a 10 kilómetros de la frontera con la República Democrática del Congo, país en alerta médica por casi dos centenares de casos de enfermedad por el virus del Ébola.

La paciente fue aislada del resto de los internados en el hospital de Kabarole como precaución para evitar el contagio, al tiempo que sus familiares y allegados están siendo analizados, dijo un portavoz oficial.

Hacia la zona fueron despachados especialistas de los ministerios de Salud y Agricultura, al igual que veterinarios especializados en ganado para que adopten medidas de urgencia y evitar la expansión de la dolencia, para la cual no existe vacuna, añadió.

¿Estamos preparados para la gran pandemia? (Segunda parte)

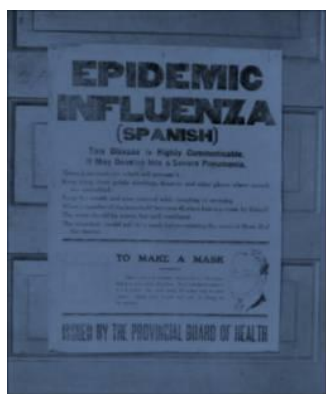
THE SCIENCE
SYNDICATION
NETWORK

Cómo la influenza aviar dio forma a la Gran Guerra

6 de noviembre de 2018 – Fuente: *The Science Syndication Network* – Autor: Simon Parkin⁴

Era la primavera de 1918 y los campos de batalla a lo largo de la frontera entre Francia y Bélgica estaban repletos de cadáveres. A estos hombres no los habían derribado proyectiles o balas. Su atacante era un azote invisible, un atacante que vivía en los ríos de lodo, sangre y orina que goteaban de las trincheras, un atacante que flotaba en el aire.

Kaiserschlacht fue el nombre que se le dio a la última embestida de Alemania en la Gran Guerra. El general Erich Friedrich Wilhelm Ludendorff era un comandante con los ojos hundidos, el bigote torcido de un villano del siglo XIX y una inclinación antisemita. Había enviado a las tropas de Alemania al frente occidental con la esperanza de que pudieran cambiar el rumbo de la guerra antes de que los estadounidenses llegaran para reforzar las fuerzas francesas y británicas. Era un plan sensato. Pero entonces empezaron los contagios.



Los efectos de la influenza eran como hechizos lanzados por una bruja de cuento de hadas cruel e imaginativa. Generalmente, las manos y la cara de las personas se volvían de un tono lavanda pálido, el resultado de una condición conocida como cianosis. Al cabo de unos días, la piel de algunas víctimas se volvía negra, luego se les caía el pelo y los dientes. Otros despedían un olor extraño, como a paja mohosa. Un médico describió haber visto a hombres asfixiándose hasta la muerte, “tenían los pulmones tan inundados de sangre, espuma y moco que cada respiración era como el graznido de un pato”. La novelista estadounidense Katherine Anne Porter sobrevivió, pero no antes de que su cabello de ébano se volviera irrevocablemente blanco.

En las trincheras los contagios fueron catastróficos, no solo para los soldados, también para los ejércitos. Hacia finales de primavera 900.000 soldados alemanes habían quedado fuera de combate, destrozando los planes de Ludendorff (aunque después de la guerra el general culpó de la derrota de Alemania a los judíos desleales). Sin embargo, el virus no respetó ninguna línea de batalla, ideología o alianza: en cuestión de semanas, hasta tres cuartas partes de las tropas francesas también enfermaron y más de la mitad de las fuerzas británicas sucumbieron. Destruyó unidades enteras, llenando hospitales improvisados con soldados febriles. “Teníamos fiebre alta y estábamos tendidos al aire libre con solo una sábana en el suelo”, recordó Donald Hodge, un soldado británico superviviente.

La influenza se propagó rápidamente y, según la Organización Mundial de la Salud, “mató a más personas en menos tiempo que cualquier otra enfermedad anterior o posterior”. Fue 25 veces más letal que la mayoría de las pandemias de influenza, que ya son muchas veces más mortales que la influenza estacional. Atravesó las trincheras como un reguero de pólvora, que podría haberse extinguido si no hubiera sido por el alto el fuego en noviembre de 1918 que envió a millones de soldados infectados a casa, esparciendo el virus por los cuatro rincones del mundo con eficiencia militar.

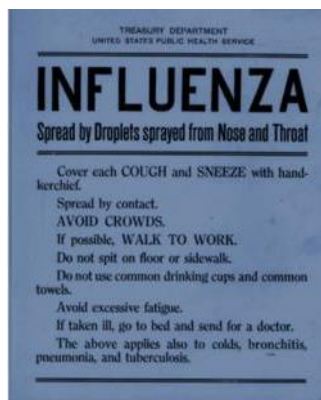
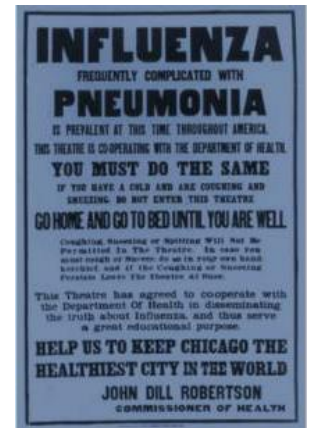
A medida que la influenza se extendía por todo el mundo, dejaba un tapiz de escenas espeluznantes a su paso. En Rio de Janeiro, los sepultureros no daban abasto para enterrar a todos los muertos: un hombre describió haber

⁴ Periodista y escritor británico. Ha trabajado para publicaciones tales como The New York Times, The Guardian, Technology Review, o la BBC.

visto mientras paseaba un pie humano "floreciendo repentinamente" de la tierra. En una aldea de Alaska no se pudo estimar el número de muertos porque los perros, hambrientos porque sus dueños habían sucumbido a la enfermedad, habían hecho agujeros en las chozas y devorado a los cadáveres.

Según la enfermedad y sus extravagantes síntomas se extendían, adquirió una confusa lista de apodos. Cada nación que afectada ideó una etiqueta que echaba la culpa a otro grupo, una manera de evitar ser etiquetados como la fuente de la enfermedad y a la vez, en muchos casos, una manera de añadir notas de superioridad cultural xenófoba. En Senegal era conocida como 'la gripe brasileña'; en Brasil, 'la gripe alemana'. En Alemania era conocido como 'Blitzkatarrh' (rayo), mientras que, para los españoles, la epidemia se convirtió en 'el soldado de Nápoles'. Los soldados ingleses que combatían en Francia usaron el término 'Flanders gripe', mientras que los iraníes culparon a los británicos. Los japoneses, curiosamente, culparon a los luchadores: las primeras víctimas del país fueron estrellas de sumo. El *New York Times* describió el virus en un titular de junio de 1918 como una "epidemia extraña" que arrasó el norte de China.

Al final, la geopolítica dio al virus el nombre con el que se quedó. Aunque no llegó a España hasta mayo de 1918, el país, que era neutral en la guerra, no tenía ninguna razón táctica para censurar las noticias de muertes relacionadas con la influenza. Mientras británicos, franceses y alemanes fingieron que sus respectivas tropas eran inmunes, los medios españoles informaron abiertamente sobre sus víctimas de la influenza. Un chivo expiatorio se expuso voluntariamente. Por lo tanto, la pandemia mundial fue debida y estratégicamente marcada como una preocupación local: la gripe española.



Cuando la enfermedad se desvaneció casi tres años después, habían muerto hasta cien millones de personas, un número de víctimas superior al de las dos guerras mundiales juntas. El virus mató a más personas en 24 meses que el sida en 24 años; más personas en un año que la peste negra en un siglo. Tal y como Laura Spinney, autora de *Pale Rider*, un libro reciente sobre la pandemia, lo describe, causó "la ola de muerte más grande" que la humanidad ha visto en más de 500 años.

Durante el siglo pasado, historiadores, epidemiólogos y virólogos han estado trabajando para encontrar cuándo y dónde se originó esta enfermedad. Tres teorías dominantes siguen siendo motivo de discusión junto a una pistola humeante.

La primera y más antigua teoría se remonta al siglo pasado. Los médicos militares que trataban a las víctimas en el frente creían que la gripe española provenía de China. "Todo salió del Lejano Oriente", dice Spinney. "Se creía que los chinos tenían poca higiene". Con el tiempo, se descartó la teoría por ser un estereotipo racista: al fin y al cabo, ¿cómo iba a salir un virus de un país rural relativamente cerrado? Sin embargo, más recientemente los historiadores han argumentado que, al menos, es factible. Los Cuerpos de Trabajo chinos, a menudo ignorados, eran un grupo de 95.000 trabajadores agrícolas chinos que se ofrecieron voluntariamente para dejar sus aldeas y apoyar el esfuerzo de guerra británico. Muchos trabajaron detrás de las líneas para los Aliados, construyendo proyectiles, reparando tanques... Viajaron en barco a través de Canadá o Sudáfrica, dando la vuelta al mundo: eran el vehículo perfecto para la transmisión de un virus respiratorio.

John Oxford, profesor de virología en la Escuela de Medicina Queen Mary en Londres, tiene una teoría diferente: una que señala al paciente cero estaba entre las tropas británicas estacionadas en Francia. En 1914, el ejército británico construyó un campo de entrenamiento en Étaples, Francia. Era un lugar notorio, "un campamento enorme y terrible", como lo expresó el poeta soldado Wilfred Edward Salter Owen, donde los hombres tenían una mirada "más terrible que el terror, como conejos muertos". El campamento tenía veinticuatro hospitales para atender a los heridos y, entre el personal, un equipo de patólogos.

En diciembre de 1916, una epidemia de influenza llegó al campamento y mató a alrededor de 40% de los infectados que, antes de morir, se volvieron de color azul lavanda. Étaples era el hogar de cientos de miles de aves: hay decenas de fotografías que muestran a los hombres desplumando pollos, patos y gansos. ¿Podría haber comenzado en este campo, la incubadora perfecta para que un virus se volviese más virulento y, al mismo tiempo, se hubiese contenido hasta que adquirió la capacidad de transmitirse entre los seres humanos?

La fuente más probable, sin embargo, fue una granja en las zonas rurales de América. En marzo de 1918, Albert Gitchell, el cocinero de la cantina de Camp Funston, una base del ejército de Estados Unidos en Kansas (ahora Fort Riley), se presentó en la enfermería del campamento quejándose de dolor de garganta, dolor de cabeza y fiebre. A la hora del almuerzo, la enfermería estaba llena de soldados que mostraban los mismos síntomas. En un mes, muchos habían informado de que el oficial médico del campamento se había visto obligado a requisar un hangar para albergar a todos los enfermos.

John Barry identificó en su libro de 2004 *La Gran Gripe* un brote de una enfermedad respiratoria en el condado de Haskell, a unos cientos de millas al este de Camp Funston, dos meses antes. Fue un brote agresivo, tan excepcional que un médico decidió informar de lo que estaba sucediendo: fue el primer registro de todo el mundo de un brote de influenza tan inusual que hasta un médico advirtió a los funcionarios de salud pública de su aparición.



Miembros de la Cruz Roja llevan a un enfermo de gripe española, en Saint Louis, Missouri (Estados Unidos), en octubre de 1918.



Enfermeras cuidan a enfermos de la gripe española en tiendas al aire libre en Lawrence, Massachusetts (Estados Unidos), en 1918.

El condado de Haskell era tremendamente pobre y estaba principalmente poblado por granjeros que vivían muy cerca de sus aves y cerdos. La teoría más convincente sobre el origen de la gripe española es que un joven del condado de Haskell se contagió del virus de algún ave de corral (quizá a través de un cerdo que hizo de intermediario), fue reclutado por las fuerzas expedicionarias y llevó la enfermedad al corazón de la máquina de guerra estadounidense.

Casi un siglo después, hay tres cosas ciertas: que se produjo el primer caso confirmado de gripe española, que no se originó en España, sino probablemente en Kansas, y que la pandemia no comenzó en humanos sino en aves.

Además del argumento logístico sobre cómo se contagió y propagó la gripe española, está la evidencia molecular. Los virus de la influenza son increíblemente móviles y mutan constantemente: esta es la razón por la que actualmente tenemos que actualizar las vacunas contra la influenza todos los años. No obstante, esto también significa que el propio histórico del virus permite rastrear su evolución. "Los científicos saben que dentro del huésped el virus acumula mutaciones a un ritmo constante", explica Spinney. "Pueden utilizar ese ritmo de mutación para averiguar qué virus estaban más cerca el uno del otro en el pasado y calcular el árbol genealógico y el origen de una cepa determinada".

En la Universidad de Arizona, Michael Worobey lideró el trabajo de crear un árbol genealógico de cada virus de la influenza que ha circulado entre humanos y otras especies en los últimos 100 años. A través de este trabajo, se conoció que la cepa que causó la gripe española es muy similar a la cepa que circula en las aves en América del Norte en ese momento. Como el A(H5N1) y el A(H7N9), el virus de la gripe española encontró la manera de aferrarse a los humanos.

Independientemente de su punto de origen, lo que sigue siendo llamativo acerca de esta pandemia centenaria es lo rápido y lo lejos que fue capaz de viajar en un mundo sin viajes aéreos masivos. Al fin y al cabo, la mayoría de estas muertes ocurrieron en un período de 16 semanas, desde mediados de septiembre hasta mediados de diciembre de 1918.

Spinney cree que el virus se pudo haber adaptado para aprovechar las circunstancias de la guerra. "La mayoría de los virus se moderan para mantener a sus anfitriones con vida el tiempo suficiente para diseminarse a través de la tos y los estornudos. Pero las circunstancias peculiares de la Gran Guerra, con sus anfitriones apiñados en trincheras, los pulmones debilitados por el gas mostaza y muriendo en medio de multitud de balas y bombardeos de mortero, provocaron que la mejor posibilidad de supervivencia de la enfermedad era volverse inusualmente virulento", dice.

Es probable que entre la primavera y el verano de 1918 el virus mutase a través de miles de rondas de evolución entre seres humanos, siendo cada vez más transmisible y mortal.

Para los epidemiólogos de hoy, la gripe española sigue siendo motivo de amenaza y advertencia. A raíz de la enfermedad, muchos países renovaron sus sistemas y los adaptaron para garantizar que nunca se repitiera.

Antes de 1918, los departamentos gubernamentales de salud dependían del dinero y poder de otros ministerios. Tras la gripe española, muchos se convirtieron en entidades separadas de forma que pudieran gestionar mejor y dentro del tiempo requerido una pandemia. La recopilación de datos de salud se empezó a hacer de forma sistemática. Los médicos ahora están obligados a notificar los brotes de influenza. La epidemiología se convirtió en una piedra angular en la salud pública. Rusia introdujo un primitivo sistema de salud universal en 1920 y otros países pronto siguieron su ejemplo: un reconocimiento de que, en una situación de pandemia, no se puede culpar a un individuo por contagiarse con una enfermedad, o tratarlo aisladamente. La sociedad debe ser tratada como un conjunto.

Este principio no siempre se ha defendido en pandemias posteriores: la crisis del sida, por ejemplo, estuvo marcada por la culpabilidad moral y el ostracismo de sus primeras víctimas, la mayoría de los cuales eran hombres homosexuales y heroinómanos. La primera mención del presidente Ronald Wilson Reagan sobre la enfermedad fue en 1987, después de la muerte de más de 25.000 personas en Estados Unidos.

Desafortunadamente, los desarrollos en medicina, atención médica y prevención se han visto contrarrestados por otros adelantos que hoy ayudan a que el virus sea más mortal. Nuestras escuelas son incubadoras de enfermedades en niños jóvenes y sanos. Nuestras carreteras, por las que transitan humanos y camiones cargados de animales, se han convertido en vías rápidas que llevan virus de una ciudad a otra. La democratización de los viajes aéreos ha permitido que un virus cruce hemisferios a una velocidad que hubiera sido impensable en 1918.

La pregunta ahora es cómo se podría ralentizar ese virus en un mundo que gira cada vez más rápido.

HANSENÍASE
QUANTO ANTES VOCÊ DESCOBRIR,
MAIS CEDO VAI SE CURAR.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Se você tiver algum destes sinais e sintomas, procure logo uma Unidade de Saúde do SUS. Como a doença é transmissível, todos que convivem com os pacientes também devem ser examinados.

- Manchas avermelhadas, esbranquiçadas ou amarronzadas. Insensíveis ao toque, ao calor e à dor.
- Ausência de pelos e de suor.
- Caroços e Inchaços no corpo.
- Engrossamento dos nervos.

DISQUE SAÚDE
136
Quênia Grego de 11h
www.saude.gov.br

PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE.
O TRATAMENTO É DE GRAÇA.

#semhanseníase

É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar.

SUS + Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Ministério da Saúde (2016. Brasil).

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda aquella persona interesada en recibir este Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.