



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.

2.158

6 de marzo de 2019

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Farías

Editores Asociados

Hugues Aumaitre (Fra.)

Jorge Benetucci (Arg.)

Pablo Bonvehí (Arg.)

María Belén Bouzas (Arg.)

Javier Casellas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

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

Noticias

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

Argentina

- Situación epidemiológica de las hantaviriosis
- Importante descenso de la mortalidad infantil y materna
- Se confirmó un caso de sarampión en un argentino que viajó en el crucero MSC Seaview

América

- Bolivia: Hace más de un año que no se registran casos humanos de rabia
- Brasil: Los gatos están diseminando la esporotricosis
- Estados Unidos: Se ha estancado la lucha contra el VIH
- Estados Unidos: Está cambiando la cepa predominante del virus de la influenza

• Paraguay, Central: Brote de hantaviriosis en Capiatá

• Perú, Cusco: El brote de parotiditis se ha vuelto incontrolable

El mundo

• Indonesia: Poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna

• Libia: Reportan 5.000 casos de leishmaniosis en los últimos seis meses

• Omán: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

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

• La alarmante oleada mundial de casos de sarampión es una amenaza creciente para la infancia

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/

Situación epidemiológica de las hantaviriosis

28 de febrero de 2019 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

Introducción

La enfermedad por hantavirus es una zoonosis emergente producida por virus ARN pertenecientes a la familia *Bunyaviridae*. Los virus tienen una distribución mundial, y producen en los seres humanos dos formas clínicas graves, la fiebre hemorrágica con síndrome renal en Asia y Europa y el síndrome cardiopulmonar por hantavirus en América. Son transmitidos al ser humano por roedores silvestres, reservorios naturales, que presentan una infección crónica asintomática con viremia persistente y eliminan el virus a través de la orina, saliva y excretas.

Los hantavirus se transmiten fundamentalmente por inhalación de aerosoles cargados de partículas virales provenientes de las heces, orina y saliva de roedores infectados. Otras posibles vías de transmisión son: contacto con excrementos o secreciones de ratones infectados con las mucosas conjuntival, nasal o bucal, o mordedura del roedor infectado. La transmisión al humano generalmente ocurre al introducirse en el hábitat de los roedores en zonas suburbanas y ambientes rurales, principalmente en los peridomicilios y durante el desarrollo de actividades laborales, recreativas, o en lugares cerrados como galpones o depósitos infestados por roedores.

Los síntomas del síndrome cardiopulmonar por hantavirus generalmente se presentan dos a cuatro semanas después de la exposición inicial al virus. Sin embargo, los síntomas podrían iniciar en una semana o tardíamente hasta seis semanas después de la exposición. La tasa de letalidad de los casos puede alcanzar 35 a 50%.

Antecedentes en Argentina

En Argentina circulan dos especies de hantavirus (Andes y Laguna Negra) y al menos 10 genotipos virales diferentes; ocho de ellos han sido asociados al síndrome cardiopulmonar por hantavirus: Andes Sur, Andes Lechiguana, Andes Buenos Aires (HU39694), Andes Central Plata, Andes Orán, Andes Bermejo, Andes Jujuitiba y Laguna Negra.

Existe evidencia desde 1998 de transmisión persona a persona para virus Andes, y por ello, las secreciones y otros fluidos humanos deben considerarse potencialmente peligrosos.

Entre 2013 y 2018, se reportó anualmente un promedio nacional de 100 casos, con 111 fallecidos confirmados. La letalidad es de 18,6%, llegando en algunas provincias de la región Sur del país a cerca de 40%.

Se identificaron cuatro regiones endémicas: Norte (Salta, Jujuy), Centro (Buenos Aires, Santa Fe, y Entre Ríos), Noreste (Misiones) y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). Las provincias de Buenos Aires, Salta y Jujuy son históricamente las que reportaron la mayor frecuencia de casos.

A partir del incremento en el número de casos observados de síndrome cardiopulmonar por hantavirus por encima de lo esperado en la localidad de Epuyén, provincia Chubut, desde el mes de noviembre (semana epidemiológica 44) se inició la investigación que se describe a continuación.

Caracterización del brote en Epuyén, provincia de Chubut

La localidad de Epuyén pertenece al departamento Cushamen de la provincia de Chubut, y se encuentra situada en la frontera con Chile. Cuenta con una población aproximada de 1.749 habitantes, según el censo 2010. En los últimos 10 años se registraron en esta localidad cinco casos de síndrome cardiopulmonar por hantavirus.

El caso índice del brote tuvo exposición ambiental e inició síntomas en la semana epidemiológica (SE) 44. A partir de dicho caso se registraron cinco casos relacionados a un evento social ocurrido en esa localidad a la que asistió el caso índice en la misma SE. Estos contactos iniciaron síntomas entre las SE 47 y 48. Los casos detectados posteriormente presentaron antecedente epidemiológico de contacto familiar, laboral o social con casos confirmados.

Entre la SE 44 de 2018 y hasta el momento se notificó en relación al brote de Epuyén un total de 34 casos confirmados, de los cuales 11 fallecieron, registrando hasta el momento una letalidad de 32,3%.

A partir de esta situación se emitieron alertas epidemiológicas a nivel provincial y nacional instando a fortalecer la vigilancia de casos sospechosos con nexo epidemiológico con Epuyén, así como el seguimiento clínico de los contactos con un caso confirmado de hantaviriosis de esta localidad, y difundir las medidas de prevención de todas las formas de transmisión a la población y equipos de salud.

Uno de los casos confirmados fue reportado en una persona residente de la provincia de Palena, región de Los Lagos, Chile, quien es personal de salud, y tuvo inicio de síntomas el 2 de enero de 2019; este caso no tiene antecedente de viaje a Epuyén, pero alojó y cuidó a un caso confirmado procedente de Epuyén.

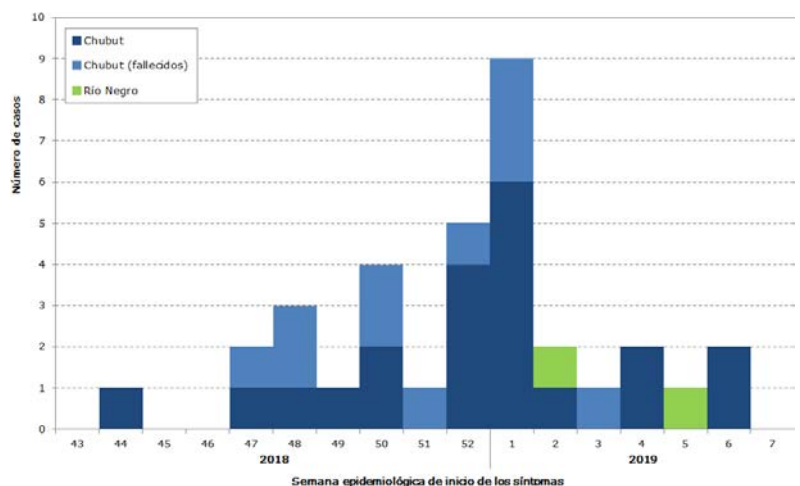


Gráfico 1. Casos confirmados de hantaviriosis, según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas. Argentina, provincias de Chubut y Río Negro. Desde SE 43 de 2018 hasta SE 7 de 2019 (n=34). Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.

Dos casos se presentaron en la localidad de El Bolsón, Río Negro. Uno de ellos cuidó a un familiar en la ciudad de Esquel y luego retornó a El Bolsón, donde se produjo el contagio del otro caso por contacto familiar.

Según la fecha de inicio de los síntomas los últimos casos confirmados corresponden a la SE 6 (ver Gráfico 1).

Provincia/Región	Confirmados	Probables	Sospechosos	Descartados	Totales	Fallecidos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	6	60	66	—
Buenos Aires	12	—	64	248	324	1
Córdoba	—	—	3	8	11	—
Entre Ríos	2	—	9	23	34	1
Santa Fe	1	—	141	48	190	—
Centro	15	—	223	387	625	2
Mendoza	—	—	—	2	2	—
San Juan	—	—	1	1	2	—
San Luis	—	—	—	—	—	—
Cuyo	—	—	1	3	4	—
Corrientes	—	—	—	2	2	—
Chaco	—	—	5	22	27	—
Formosa	—	—	1	3	4	—
Misiones	—	—	—	11	11	—
NEA	—	—	6	38	44	—
Catamarca	—	—	1	1	2	—
Jujuy	4	—	25	32	61	—
La Rioja	—	—	—	2	2	—
Salta	3	—	5	30	38	1
Santiago del Estero	—	—	—	1	1	—
Tucumán	—	—	2	3	5	—
NOA	7	—	33	69	109	1
Chubut	18	—	4	23	45	6
La Pampa	—	—	—	1	1	—
Neuquén	—	—	2	16	18	—
Río Negro	1	—	1	13	15	—
Santa Cruz	—	—	—	6	6	—
Tierra del Fuego	—	—	1	—	1	—
Sur	19	—	8	59	86	6
Total Argentina	41	—	271	556	868	9

Tabla 1. Casos notificados, según clasificación, provincia y región. Argentina. Año 2019, hasta semana epidemiológica 7. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.



Importante descenso de la mortalidad infantil y materna

28 de febrero de 2019 – Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Argentina)

En Argentina, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 9,7 cada 1.000 nacidos vivos en 2016 a 9,3 en 2017, lo que representó una reducción de 514 defunciones de niños menores de un año, 5,4% menos que en el año 2016. La mortalidad materna alcanzó la menor tasa de la serie histórica de los últimos 10 años, con 2,9 cada 10.000 nacimientos.

La tasa de mortalidad infantil (que es la cantidad de niños menores de 1 año fallecidos sobre el total de recién nacidos vivos) descendió a nivel nacional casi medio punto y doce provincias registraron en 2017 la más baja de los últimos 10 años. Además, hubo 2.762 defunciones menos que en el año 2008.

Para el análisis de esta tasa se efectúa una división entre el período neonatal (primer mes de vida) y el período postneonatal (hasta el año de vida). En el año 2017 la disminución de la tasa de mortalidad infantil fue atribuible principalmente a la disminución de la tasa de mortalidad postneonatal, ya que la neonatal no presentó cambios. En gran medida, esta baja se atribuye a la disminución de las defunciones por enfermedades respiratorias entre los años 2016 y 2017 con 120 defunciones menos (23,7% de descenso) que se refleja en una disminución del riesgo de muerte para estas enfermedades de 0,7 cada 1.000 en 2016 a 0,5 en 2017.

En cuanto a la tasa de mortalidad neonatal (TMN), no presentó variaciones entre estos años, se mantuvo en 6,5 cada 1.000 nacidos vivos. La primera causa de mortalidad neonatal es la prematuridad, seguida por malformaciones congénitas.

Puntualmente, la TMN específica para los neonatos nacidos con un peso inferior a 1.500 gramos es de 305,1 cada 1.000 nacidos vivos, 47 veces mayor que la TMN general (6,5 cada 1.000 nacidos vivos). En 2017, de las 4.550 defunciones ocurridas en el período neonatal, 3.097 (68%) fallecieron por causas relacionadas con la duración de la gestación y el crecimiento fetal y 1.290 (28%) por malformaciones congénitas, fundamentalmente por cardiopatías congénitas. Estas proporciones se mantienen similares, al menos a lo largo de los últimos 10 años, lo que obliga a redoblar los esfuerzos para que los nacimientos prematuros se produzcan en instituciones con la complejidad adecuada para atenderlos, evitar que sean trasladados entre instituciones y asegurar que todos los cuidados prenatales y postnatales sean los óptimos para esta población tan vulnerable.

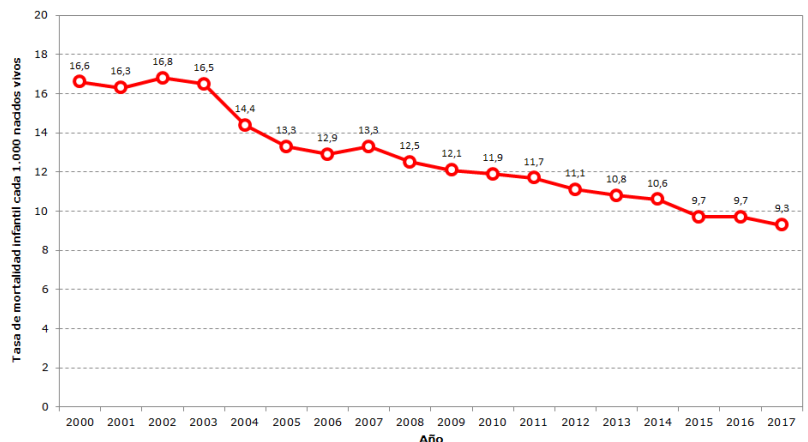


Gráfico 2. Tasa de mortalidad infantil cada 1.000 nacidos vivos. Argentina. Años 2000/2017. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina.

En 2017, 99,7% de los partos se produjeron en instituciones de salud, de las cuales casi 60% pertenecen al subsector público. Durante ese año nacieron 704.609 niños, 23.426 menos que el año anterior. Esta tendencia se mantiene debido a que la tasa de natalidad disminuyó en la mayoría de las provincias, lo que se refleja en una reducción de los nacimientos cercana a 10% en los últimos dos años.

Mortalidad materna

A nivel nacional, la tasa de mortalidad materna descendió 0,5 (de 3,4 a 2,9 cada 10.000 nacidos vivos) lo que significa que en 2017 hubo 43 defunciones menos en comparación con el año anterior, lo que representa una reducción de 17%.

Este descenso es atribuible principalmente a la reducción de las muertes por embarazo terminado en aborto, a las hemorragias (antes y después del parto) y a la disminución de las causas obstétricas indirectas, es decir, no vinculadas directamente con el embarazo, como por ejemplo, las enfermedades respiratorias. Siete provincias presentaron la tasa de mortalidad materna más baja de los últimos 10 años.

Las muertes maternas vinculadas a todas las causas de embarazo terminado en aborto descendieron 55,9% entre 2010 y 2017. Si solo se considera el aborto médico, otro aborto o intento fallido, el descenso entre los extremos de la serie para el total del país es de 62%, siendo el valor del año 2017 el más bajo de todo el período. Esto puede atribuirse a la mejora del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (consejería en salud sexual y distribución de anticonceptivos de corta y larga duración), a la educación sexual integral y, finalmente, al fortalecimiento, en la mayoría de las jurisdicciones, de políticas que mejoran el acceso a la interrupción legal del embarazo dentro del marco regulatorio vigente.

La disminución de la mortalidad atribuida a hemorragias pre y postparto es, sin duda, el resultado de la adherencia por parte de los profesionales de la salud, tanto en el primer nivel de atención como en las instituciones donde se efectúan partos, a las herramientas para prevención y tratamiento de la morbilidad por hemorragias como son los algoritmos de tratamientos, al cumplimiento de protocolos de atención del parto y del manejo de la hemorragia postparto y al empleo de los insumos adecuados para el manejo de estas situaciones críticas.

Las autoridades sanitarias recordaron que la prioridad de la salud materno infantil es que "toda mujer tenga el derecho a un embarazo planificado y a un parto seguro y respetado y que todo niño nazca en el nivel de complejidad que según su riesgo le corresponde".

Embarazo adolescente

En lo que respecta al embarazo adolescente, la cantidad de nacidos vivos de mujeres de entre 10 y 19 años registró un descenso, con 5.245 nacidos vivos menos que el año anterior, lo que significó una reducción de 20%. En este caso, se están observando los primeros resultados del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) que se lanzó en 2017 y cuenta con estrategias de sensibilización a la población en general y a los adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional, mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones, y potenciar las decisiones informadas de este grupo de edad.

No obstante, para el grupo de adolescentes de 10 a 14 años (adolescencia temprana), en el año 2017 se registró un leve ascenso de 74 nacimientos. Sin embargo, comparado con el año 2013 –en el que se registró el valor mayor de la última década–, el descenso fue de 24%.

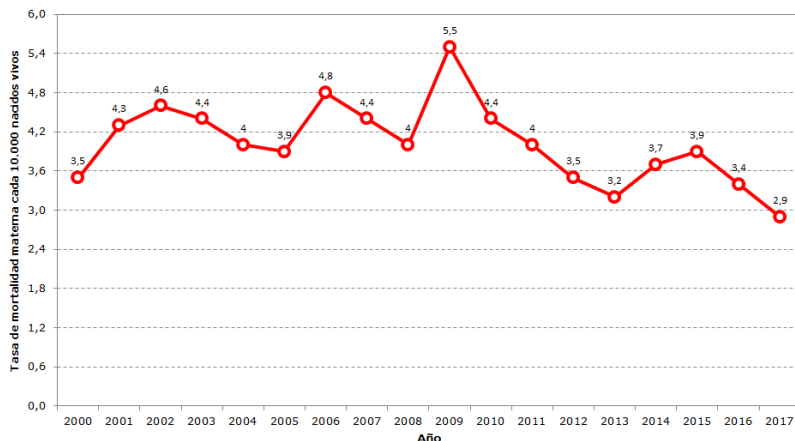


Gráfico 3. Tasa de mortalidad materna cada 10.000 nacidos vivos. Argentina. Años 2000/2017. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina.

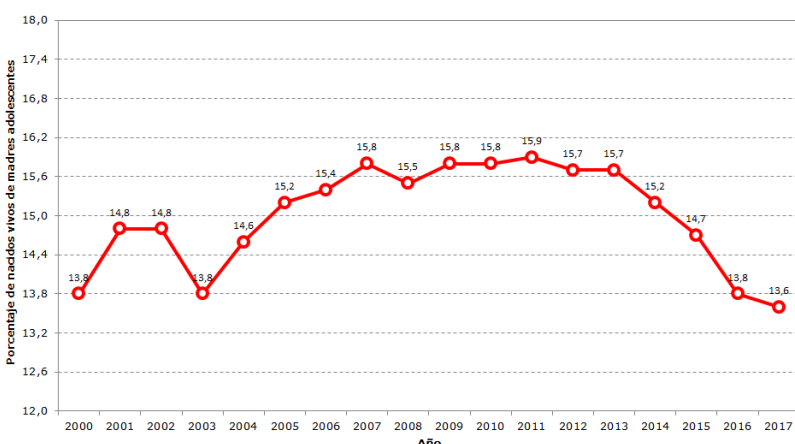


Gráfico 4. Nacidos vivos de madres adolescentes, como porcentaje del total de nacidos vivos. Argentina. Años 2000/2017. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina.

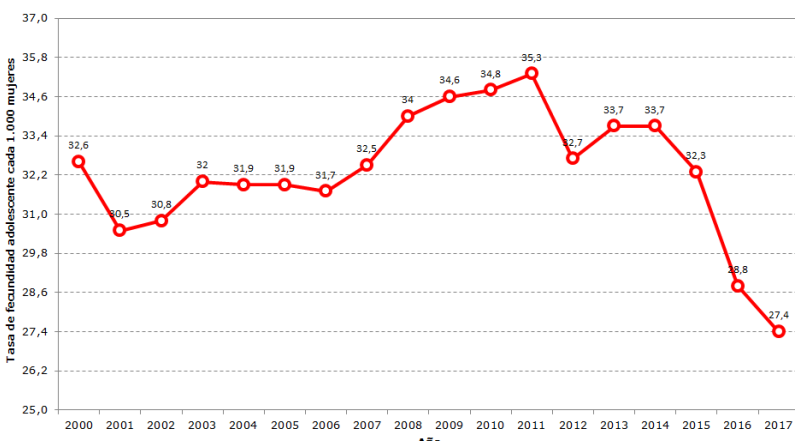


Gráfico 5. Tasa de fecundidad adolescente (de 10 a 19 años) cada 1.000 mujeres. Argentina. Años 2000/2017. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina.

En tal sentido, las autoridades sanitarias afirman la importancia de que se cumpla la ley de educación sexual integral en todo el país y que los protocolos de abuso sexual, como el que difundió el Gobierno Nacional, sean ampliamente aplicados.

El cociente entre los nacimientos que ocurren para cada grupo de edad durante un año y la población de mujeres de esa edad, estimada a mitad del período, permite obtener un indicador del impacto que tiene este fenómeno en la población: la tasa de fecundidad específica. Al respecto, la tasa de fecundidad adolescente del año 2017 muestra que en el país ocurrieron alrededor de 27 nacidos vivos cada 1.000 mujeres de 10 a 19 años. Comparado con el año 2013, ocurrieron alrededor de 6 nacidos vivos menos cada 1.000 mujeres de esa edad.

La tasa de fecundidad adolescente temprana fue de 1,5 nacidos cada 1.000 mujeres, y la tardía, de 53,1 cada 1.000. La correspondiente a las adolescentes de 15 a 19 años presenta un valor inferior a la de los años precedentes y representa el registro más bajo en lo que va de la presente década.

La maternidad adolescente presenta diferencias según la región del país, siendo las provincias del norte las que mayores tasas presentan, con valores que van de 29 a 45 niños cada 1.000 mujeres adolescentes.



Se confirmó un caso de sarampión en un argentino que viajó en el crucero MSC Seaview

1 de marzo de 2019 – Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Argentina)

En virtud de la comunicación de casos de sarampión en tripulantes y pasajeros del crucero MSC Seaview en navegación por aguas jurisdiccionales brasileñas durante las últimas semanas¹ y debido a la confirmación el 1 de marzo de un caso de sarampión en un ciudadano argentino con tal antecedente de viaje, la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina instó a aquellas personas que hayan viajado durante el mes de febrero en el mencionado crucero y presenten fiebre y erupción cutánea dentro de las tres semanas del regreso a consultar inmediatamente a los servicios de salud informando el antecedente de viaje al profesional tratante con la finalidad de proceder a implementar las medidas de control en el nivel local.

Se recomendó a los residentes en Argentina que viajen al exterior:

- Verificar esquema de vacunación completo para la edad según Calendario Nacional de Vacunación. De no contar con las dos dosis recomendadas, la vacuna debe ser aplicada como mínimo 15 días antes del viaje.
- Los niños de 6 a 11 meses que viajen a áreas de circulación viral activa, deben recibir una dosis de vacuna triple viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como esquema de vacunación. Se administrarán las dosis correspondientes al Calendario Nacional de Vacunación al año de vida y al ingreso escolar.

A su vez se instó al equipo de salud a:

- Intensificar la vigilancia epidemiológica de casos de enfermedad febril exantemática haciendo especial énfasis en los antecedentes de viajes, realizando la notificación inmediata del caso sospechoso.
- Verificar esquema de vacunación completo para la edad:
 - De 12 meses a 4 años: deben acreditar una dosis de vacuna triple viral.
 - Mayores de 5 años: deben acreditar dos dosis de vacuna con doble o triple viral después del primer año de vida.
 - Las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse porque son considerados inmunes.

América



Bolivia: Hace más de un año que no se registran casos humanos de rabia

4 de marzo de 2019 – Fuente: La Razón (Bolivia)

Un niño juega en la calle con un cachorro. Un mes después presenta síntomas extraños, el diagnóstico de rabia humana llega con certeza de muerte. Se dirá que pudo haberse evitado vacunando perros o atendiendo antes al niño. La ausencia de noción de peligro es el problema de la recurrencia de la rabia.

Especialmente ahora. Bolivia está, una vez más, en el tramo final de eliminación de la rabia por perro. A más de un año sin casos humanos de rabia, la población y algunas autoridades pierden el temor, se vacunan menos perros, no se presta atención a las mordeduras y reemergen epidemias de rabia canina y humana. En Bolivia ocurrió en 2002 y en 2010.

En octubre de 2017 la tendencia de casos de personas mordidas por perros rabiosos y muertes por rabia en Bolivia parecía fuera de control. Se dispusieron recursos, el Programa Nacional de Zoonosis del Ministerio de Salud produjo lineamientos rigurosos e innovadores como la micro-planificación, la vacunación casa por casa en zonas de mayor riesgo, la verificación de casas visitadas y de perros vacunados, la comunicación del riesgo, periodos inter-campaña menores a un año y una acción enérgica de departamentos y alcaldías. Se controló la epidemia y se demostró la capacidad de Bolivia en la materia. La campaña nacional de agosto de 2018 puso al país en el camino de la eliminación de la enfermedad. Misiones de especialistas de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) comprobaron la eficacia de la acción sectorial. También advirtieron

¹ Ver 'Brasil: Los pasajeros de un crucero serán vacunados tras la confirmación de casos de sarampión' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 2.156, de fecha 27 de febrero de 2019, haciendo clic [aquí](#).

que Bolivia y otros países ya habían logrado el control de la rabia y el relajamiento los retrotrajo a epidemias con muertes humanas.

Esta vez el Ministerio de Salud ha dispuesto oportunamente vacunas e insumos para eliminar la enfermedad. Sus expertos lideran operativos para atender personas mordidas, detectar y contener la rabia canina y vacunar perros nacidos pos campaña. Solo hay atraso, subsanable aún, en dos departamentos, en la publicación de lineamientos y en el inicio de entrenamientos que capitalicen las extraordinarias enseñanzas de las campañas 2017 y 2018 para los miles de actores de la campaña 2019.

Hoy que la rabia no es noticia, la contribución de los medios de comunicación puede ser determinante para mantener la alerta y que las autoridades y la población accionen efectiva y sostenidamente para evitar casos de rabia humana y eliminar de manera definitiva la rabia canina como ya lo hicieron varios países de las Américas. De lo contrario, el ciclo se repetirá y resurgirá la rabia canina, nuevamente se lamentarán casos humanos y la rabia volverá a las portadas.



Brasil: Los gatos están diseminando la esporotricosis

29 de febrero de 2019 – Fuente: *Journal of the American Veterinary Medical Association*

Los gatos están diseminando una desagradable infección fúngica en Brasil. La especie de hongo *Sporothrix brasiliensis* se está propagando rápidamente entre los gatos y ha llegado a los países vecinos de América del Sur, lo que genera preocupación en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Los veterinarios parecen estar en mayor riesgo de contraer la enfermedad que la población en general.

El Dr. Brendan Jackson, oficial médico de la Rama de Enfermedades Micóticas de los CDC, dijo que la esporotricosis era una enfermedad casi desconocida en Brasil hace 20 años. Ahora es un problema grave en Rio de Janeiro y otras ciudades brasileñas.

“Se están viendo miles de casos, decenas de miles de casos, en una escala nunca vista para la esporotricosis clásica”, dijo.

Sporothrix schenckii se encuentra en todo el mundo, incluso en Estados Unidos. Causa la “enfermedad del jardinero”, una rara infección relacionada principalmente con cortes y raspaduras que son expuestas al suelo y las plantas. Puede causar lesiones de curación lenta y, con menos frecuencia, infecciones respiratorias o infecciones generalizadas con dolor articular, dolor de cabeza o convulsiones.

Jackson cree que *S. brasiliensis* causa una enfermedad más grave que otras especies de *Sporothrix*, con infecciones de la piel que pueden diseminarse a los ganglios linfáticos y, en personas inmunocomprometidas, causar lesiones en todo el cuerpo. Las infecciones diseminadas más graves pueden ser fatales sin tratamiento antimicótico.

El Dr. John Rossow, oficial del Servicio de Inteligencia Epidémica de la Rama de Enfermedades Micóticas, ha trabajado con veterinarios y médicos que vieron la enfermedad en Brasil. Explicó que los gatos recogen esporas de hongos con las almohadillas de sus patas y las transmiten a otros gatos a través de rasguños y mordeduras, lo que produce lesiones que a menudo se localizan en la cara.

En Brasil, las infecciones en los gatos se conocen como “nariz de payaso” debido a los arañazos inflamados e infectados y las lesiones de la mucosa nasal. “Pueden ser bastante extensas y no limitarse solo a la cara”, dijo Rossow.

La infección puede ser mortal en los gatos, y el tratamiento suele ser largo y difícil, dijo. Brasil tiene grandes poblaciones de gatos salvajes y gatos caseros pero que pasan tiempo fuera de su hogar.

Los veterinarios son uno de los grupos con mayor riesgo de exposición, generalmente a través de mordeduras y rasguños, dijo Rossow. Jackson hizo notar que algunos veterinarios han desarrollado infecciones oculares después que los gatos se sacudieran durante el examen de sus lesiones faciales.

Algunos investigadores afirman que *S. brasiliensis* posee una mayor virulencia que otras especies de *Sporothrix* durante las epizootias, y tiende a escalar a brotes o epidemias entre los gatos.²

Entre 1997 y 2011, el principal centro de referencia de Brasil para el tratamiento de la micosis registró unos 4.200 casos de esporotricosis en seres humanos. El tratamiento suele requerir la administración de antimicóticos a largo plazo, y se ha encontrado resistencia a los medicamentos con frecuencia creciente.

Jackson dijo que *S. brasiliensis* parece contar con un reservorio ambiental en el extremo sur de Brasil, y las diversas cepas que se extienden entre los gatos parecen ser parientes cercanos. Pero dijo que los CDC están tratando de aprender más sobre sus orígenes.

Rossow dijo que los CDC también están tratando de aprender más sobre la posibilidad de que las personas lleven el hongo a Estados Unidos. Incluso un estudiante veterinario estadounidense que participe en un programa de este-



Gato con una infección por *Sporothrix brasiliensis*.

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

rilización y castración, por ejemplo, podría llevar a casa a un gato saludable con las almohadillas de sus patas colonizadas por esporas micóticas.

Rosow agregó que los veterinarios deberían estar atentos ante esta enfermedad. Los gatos infectados pueden presentar lesiones faciales y heridas que tardan en curarse, y los frotis u otras pruebas diagnósticas pueden revelar la presencia de levaduras. Sugiere que los veterinarios le indiquen a los laboratorios de diagnóstico que mantengan a *S. schenckii* y *S. brasiliensis* en la lista diferencial.

Jackson también dijo que *Sporothrix* es inusual por su capacidad de propagarse tanto en moho como en levadura, así como por su transmisión de animales a personas. Solicitó más estudios sobre la propagación de la enfermedad y mejores métodos de prueba en caso de un brote.



Estados Unidos: Se ha estancado la lucha contra el VIH

4 de marzo de 2019 – Fuente: HealthDay (Estados Unidos)

La batalla contra las nuevas infecciones por el VIH ha perdido algo de impulso en los últimos años. Tras unos cinco años de declives significativos, el número de infecciones nuevas comenzó a nivelarse en 2013, en alrededor de 39.000 infecciones nuevas por año, encontraron los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.³

¿A qué se debe la ralentización? La prevención y los tratamientos efectivos contra el VIH no están llegando a los que más podrían beneficiarse, según los CDC. Esos déficits en la prevención y el tratamiento son más obvios en las áreas rurales y en el sur, y afectan de forma desproporcionada a los negros y a los hispanos.

El informe encontró que las infecciones por el VIH se redujeron en algunos grupos, pero aumentaron en otros. De 2010 a 2016, las infecciones anuales por el VIH se mantuvieron estables entre los hombres que practican sexo con hombres (HSH), que siguen conformando la mayor parte (alrededor de 70%) de las nuevas infecciones.

Las infecciones permanecieron estables entre todos los HSH negros, aumentaron en 30% entre todos los HSH hispanos, y se redujeron en 16% entre todos los HSH blancos.

Las infecciones se redujeron en más de 30% entre los HSH negros de 13 a 24 años de edad, y permanecieron estables entre los HSH hispanos de 13 a 24 años. Por otra parte, aumentaron en 65% entre los HSH negros e hispanos de 25 a 34 años de edad.

Las infecciones se redujeron en 17% entre los hombres y mujeres heterosexuales en conjunto, lo que incluyó una reducción de 15% entre las mujeres negras heterosexuales.

Las infecciones se redujeron en 30% entre las personas que se inyectan drogas, pero parecen haberse estabilizado en años más recientes.

“Tras una lucha de décadas, el camino hacia la eliminación de la epidemia de VIH en Estados Unidos está claro. Ampliar los esfuerzos por todo el país eliminará las lagunas, superará las amenazas e invertirá las tendencias problemáticas”, afirmó el Dr. Eugene McCray, director de la División de Prevención del VIH/Sida de los CDC.

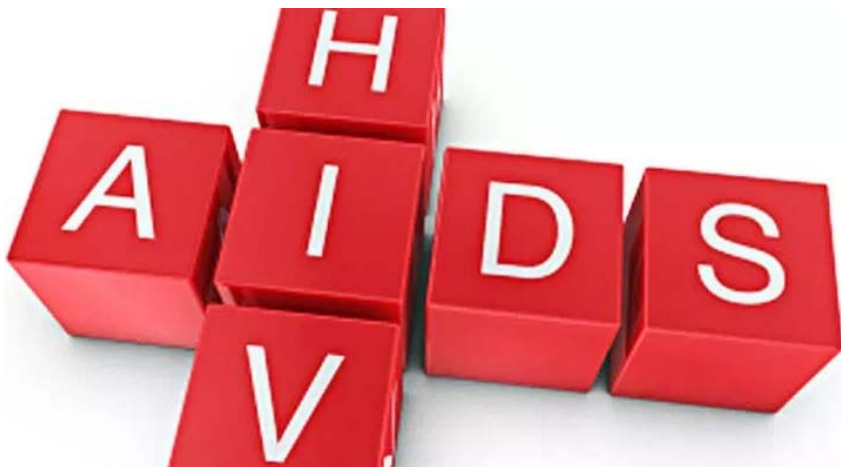
En su discurso del Estado de la Unión el 5 de febrero, el Presidente Donald John Trump pidió apoyo para un plan nacional con el objetivo de: diagnosticar el VIH lo antes posible; tratar el VIH de forma rápida y efectiva; proteger a las personas en riesgo con medidas preventivas comprobadas, como una pastilla diaria para prevenir la infección por el VIH; y responder con rapidez a las crecientes aglomeraciones de infecciones por el VIH.

La iniciativa está diseñada para acelerar el uso de esas estrategias en los 48 condados de Estados Unidos con el mayor número de casos de VIH, además de Washington DC y San Juan de Puerto Rico, así como en los siete estados con una carga desproporcionada de VIH en las zonas rurales.

Los esfuerzos locales intensificados ya han producido resultados promisorios, según los CDC. Las autoridades de salud pública en la ciudad de New York y Washington DC iniciaron planes para eliminar sus epidemias locales de VIH, y parecen haber funcionado. Entre 2010 y 2016, las nuevas infecciones por el VIH se redujeron en alrededor de 23% en la ciudad de New York, mientras que se redujeron en más o menos 40% en Washington DC.

La meta nacional de la propuesta de Trump es reducir las infecciones nuevas por el VIH en 90% a lo largo de 10 años.

“Tenemos una oportunidad histórica de mejorar la precisión de la prevención. Esta infusión de recursos por fin relegará a la epidemia de VIH de Estados Unidos a las páginas de la historia”, aseguró el Dr. Jonathan Mermin, director del Centro Nacional de Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Virales, Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis, de los CDC.



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

Los estadounidenses todavía no están a salvo, ya que la influenza continúa propagándose por el país, informaron el 22 de febrero las autoridades de salud.

Ocurrió un cambio importante en los virus en circulación. Al inicio de la temporada, la cepa predominante era la A(H1N1), pero ahora la cepa A(H3N2) conforma casi la mitad de todos los casos nuevos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

“Parece que estamos pasando de una ola de H1 a una ola de H3”, señaló Lynette Brammer, líder del equipo de vigilancia de la influenza doméstica de los CDC. “Todavía falta mucho de la temporada”.

Lo positivo es que la vacuna de este año es más efectiva que la del año pasado. Según Brammer, esta vacuna tiene una efectividad de 62% contra la cepa A(H1N1), y una efectividad de 44% contra la A(H3N2).

En los niños y adolescentes de 6 meses a 17 años de edad, la efectividad general de la vacuna es de 61%, según los CDC. Esta temporada, la influenza ya ha acabado con las vidas de 41 niños.

Brammer sigue instando a las personas que aún no se han vacunado a hacerlo. “Mientras la influenza esté en circulación y alguien no se haya vacunado, recomendamos que se vacune”, enfatizó.

En cuanto a la gravedad de la temporada, Brammer dijo que ninguna temporada de influenza es leve. La gravedad de la temporada es sencillamente una comparación entre temporadas. “No hay temporadas buenas de influenza”, apuntó.

El número de muertes entre los adultos (muchos de ellos ancianos) es alto. Este año, hasta ahora, 22.300 adultos han fallecido a causa de esta enfermedad, dijo Brammer, y más de 250.000 personas han sido hospitalizadas.

“Es una cantidad mucho menor que el número de muertes del año pasado, que superó las 80.000. Pero la influenza sigue en circulación, de forma que más personas serán hospitalizadas y fallecerán. Si más personas se vacunaran, la cantidad de muertes y hospitalizaciones se podría reducir de manera drástica”, indicó Brammer.

Brammer enfatizó que, si una persona se vacuna y de cualquier forma contrae la influenza, su enfermedad será más leve que si no se hubiera vacunado. También es importante que todo el que esté cerca de bebés y adultos mayores se vacune contra la influenza.

“La vacunación provee un cordón de protección familiar alrededor del bebé, o de cualquier otro familiar con un riesgo alto de influenza”, explicó.

Los CDC enfatizaron que todo el que tenga a partir de 6 meses de edad debe vacunarse contra la influenza.

Se estimó que, el año pasado, la vacunación previno 7,1 millones de casos de enfermedad, 3,7 millones de visitas al médico, 109.000 hospitalizaciones y 8.000 fallecimientos, reportaron los CDC.

Hasta el 16 de febrero, había influenza generalizada en 48 estados, y 30 estados experimentaban unos niveles altos de la enfermedad. Además, las hospitalizaciones están en aumento.

Según los CDC, hay una alta actividad gripal en la ciudad de New York, y en 30 estados: Alabama, Alaska, Arkansas, Colorado, Georgia, Indiana, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Massachusetts, Mississippi, Missouri, Nebraska, New Jersey, New México, New York, North Carolina, Oklahoma, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia y Wyoming.



HOY Paraguay, Central: Brote de hantavirus en Capiatá

28 de febrero de 2019 – Fuente: Hoy (Paraguay)

Los casos febriles de residentes en Capiatá, zona donde se dieron los primeros casos de hantavirus, van sumando y ahora Vigilancia de la Salud informó sobre dos casos más como sospechosos, todos en niños de entre 2 y 7 años de edad residentes en la misma ciudad y continúa la intervención comunitaria en busca de posibles casos.

El primer caso confirmado por laboratorio continúa internado en terapia intensiva y los demás presentaron mejoría y ya reciben tratamiento ambulatorio, confirmó la Dra. Sandra Irala, de Vigilancia de la Salud.

Irala señaló que los casos que en principio son positivos deben contar con una confirmación final, por lo que las muestras fueron enviadas a Argentina, donde se cuenta con un laboratorio de referencia para la detección de este tipo de virus.

En Paraguay, el síndrome pulmonar por hantavirus es una zoonosis endémica de la Región Occidental o Chaco, principalmente en los departamentos de Boquerón y Presidente Hayes, en donde se registran anualmente en promedio unos 20 casos. El agente etiológico asociado a la mayoría de los casos es el virus Laguna Negra, que tiene como reservorio a la laucha de campo (*Calomys laucha*).

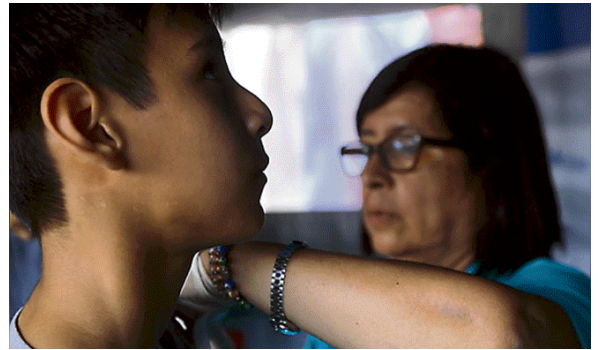
La tasa de letalidad es de 30% y, por lo general, la muerte se produce en casos que no son tratados a tiempo ya que uno de los síntomas es la dificultad respiratoria del paciente.

A pesar de todos los esfuerzos para prevenir y cortar la cadena de transmisión, el brote de parotiditis avanza incontrolable en la región Cusco. Las personas más afectadas por esta enfermedad viral son aquellos cuyas edades oscilan entre los 11 y los 24 años. Hubo un incremento de casos en adolescentes que cursan el cuarto y quinto año de secundaria.

En lo que va del año, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) confirmó 410 casos de parotiditis. La provincia más afectada es Cusco con 172 casos, seguida de Espinar (56), Calca (45), Quispicanchi (36) y Urubamba (31). Según la Dirección de Epidemiología e Investigación de la DIRESA, 23 casos son parotiditis complicada y corresponden a casos de epididimoorquitis.

Para cortar la transmisión, la DIRESA emprendió una campaña de vacunación dirigida a personas de 11 a 24 años. La meta fue inmunizar a más de 140.000 estudiantes del nivel secundario, institutos y universidades. Sin embargo y debido a la falta de compromiso de los padres de familia –no dan su consentimiento a los menores de 18 años– el personal de salud logró vacunar únicamente a 61.000 alumnos.

En 2018 se registraron 2.944 casos de parotiditis. El brote alcanzó su pico en diciembre con 590 casos registrados, debido a la rápida forma de contagio del virus, que se transmite a través del aire. Las complicaciones se han presentado en 226 casos, que representan 7,7% del total. Está dentro de lo esperado, según la historia natural de la enfermedad.



El mundo



Indonesia: Poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna

27 de febrero de 2019 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 12 de febrero, se confirmó un poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1) en la provincia de Papua, Indonesia. Se aislaron dos virus VDPV1 genéticamente vinculados de un niño con parálisis flácida aguda con inicio de parálisis el 27 de noviembre de 2018 y en un contacto saludable de la comunidad, un niño cuya muestra de materia fecal se recolectó el 24 de enero de 2019. La ubicación de este niño saludable con aislamiento de VDPV, se encuentra en una aldea remota, a una distancia aproximada de 3 a 4 km del caso de parálisis flácida aguda, con inicio de parálisis el 27 de noviembre de 2018. Aunque esta provincia comparte una frontera con Papúa Nueva Guinea, este brote no está vinculado al brote de cVDPV1 que afecta actualmente a su país vecino.

Respuesta de salud pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados están apoyando al Ministerio de Salud y a las autoridades locales de salud pública en la realización de una investigación de campo, una evaluación de riesgos exhaustiva y la planificación de una respuesta a un brote. La extensión exacta y el tiempo de la respuesta al brote se están finalizando. La inmunización de respuesta al brote inicial se realizó en el distrito de Yahukimo y se vacunaron 5.718 niños menores de 15 años de edad con la vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV). La vigilancia de la enfermedad, incluida la búsqueda retrospectiva y activa de casos adicionales de parálisis flácida aguda, se ha fortalecido aún más en los centros de salud comunitarios, hospitales y otros centros de salud, en todos los distritos y ciudades de la provincia de Papua. También se ha fortalecido la vigilancia en los puertos de entrada y salida, y se ha reforzado la notificación a través del Sistema de Alerta y Respuesta Temprana (EWARS). Otras provincias han sido alertadas para mejorar la inmunización y la vigilancia de las parálisis flácidas agudas.

El último Día de Inmunización Nacional (DIN) se llevó a cabo en Indonesia en marzo de 2016, con la vacuna oral contra la poliomielitis (OPV) trivalente (antes del *switch* de la OPV trivalente a la bivalente), y la provincia de Papua realizó una Actividad de Inmunización Suplementaria (AIS) con bOPV y sarampión/rubéola a fines de 2018. Además, en respuesta al reciente brote de cVDPV1 en Papúa Nueva Guinea, el Ministerio de Salud de Indonesia ya había establecido puestos fronterizos de vacunación e iniciado la vigilancia ambiental en la provincia de Papua. También habían realizado un ejercicio de simulación para probar su plan de respuesta a un brote de poliomielitis. Sin embargo, la cobertura de vacunación contra la poliomielitis en la provincia de Papua sigue siendo baja (cobertura de la AIS 2016: 77%; cobertura de la AIS 2018: 72%; cobertura general de OPV4: 68,2% en 2017 y 40,8% en 2018).

Evaluación de riesgos de la OMS

La detección de cVDPV subraya la importancia de mantener una alta cobertura de vacunación de rutina en todas partes para minimizar el riesgo y las consecuencias de cualquier circulación de poliovirus, así como la necesidad de garantizar una vigilancia de calidad para la detección temprana de cualquier poliovirus. Estos eventos también resaltan el riesgo que plantea cualquier transmisión de bajo nivel del virus. Se necesita una respuesta sólida a los brotes para detener rápidamente la circulación y asegurar una cobertura de vacunación suficiente en las áreas afectadas para prevenir brotes similares en el futuro. La OMS continuará evaluando la situación epidemiológica y las medidas de respuesta al brote que se están implementando.

El riesgo general se evalúa como moderado a nivel nacional debido a la cobertura subóptima de vacunación contra la poliomielitis y la calidad de la vigilancia en la provincia de Papua. La densidad de población en las tierras altas, donde se aisló el virus, es relativamente baja y el movimiento de la población de esa área a otras provincias no es significativo. Localmente en la provincia de Papua, existe una capacidad limitada dentro de los recursos existentes para implementar medidas de respuesta.

A nivel regional, a pesar de la proximidad con Papúa Nueva Guinea, el riesgo general se evalúa como bajo, ya que hay un movimiento transfronterizo de población limitado desde el área afectada; sin embargo, el análisis virológico indica que es posible que el virus haya estado circulando durante algunos años con coberturas de inmunización bajas en las áreas vecinas. Jayapura, un distrito cercano que tiene un alto movimiento internacional de población, no ha tenido ningún resultado positivo para cVDPV. A nivel mundial, el riesgo general se evalúa como bajo debido a coberturas de vacunación contra la poliomielitis generalmente altas, a los sistemas establecidos de vigilancia de la parálisis flácida aguda y a la disponibilidad de experiencia técnica para el control de la poliomielitis.

El riesgo será evaluado de manera continua y podría revisarse de acuerdo con la evolución de la situación.

Asesoramiento de la OMS

Los poliovirus derivados de la vacuna (VDPV) son cepas poco frecuentes pero bien documentadas que pueden surgir en poblaciones inmunizadas de manera inadecuada. La emergencia de cepas de VDPV subraya la importancia de mantener altos niveles de cobertura de rutina y sistemas de vigilancia efectivos para su detección temprana.

Es importante que todos los países, en particular aquellos con personas que viajan con frecuencia y tengan contacto con países y áreas afectados por la poliomielitis, fortalezcan la vigilancia de los casos de parálisis flácida aguda para detectar rápidamente cualquier importación del virus y facilitar una rápida respuesta. Los países, territorios y áreas también deben mantener una cobertura de inmunización de rutina uniformemente alta a nivel de distrito para minimizar las consecuencias de cualquier nueva introducción del virus.

Viajes Internacionales y Salud de la OMS recomienda que, antes de viajar a áreas con transmisión activa de poliovirus (es decir, aquellas con transmisión activa de un poliovirus salvaje o derivado de una vacuna), los viajeros provenientes de países libres de poliomielitis se aseguren de completar la serie de vacunación contra la poliomielitis de acuerdo con su edad, y según el respectivo calendario nacional de vacunación. Además, se debe aplicar una dosis de refuerzo si las series de vacunas OPV o IPV se completaron hace más de 12 meses.

Antes de viajar al extranjero, las personas de todas las edades que residen en países afectados por la poliomielitis y los visitantes de larga duración en esos países (es decir, personas que pasan más de cuatro semanas en el país) deben completar un ciclo completo de vacunación contra la poliomielitis en cumplimiento de las normas nacionales. Además, deben recibir una dosis adicional de OPV o IPV dentro de las cuatro semanas a 12 meses antes del viaje para aumentar la inmunidad de la mucosa intestinal y reducir el riesgo de eliminación del poliovirus, lo que podría conducir a la reintroducción del poliovirus en un área libre de la enfermedad. Para las personas que previamente recibieron solo la IPV, la OPV debe ser la opción para la dosis de refuerzo, si está disponible y es factible. En caso de un viaje inevitable de última hora, los viajeros que no hayan recibido una dosis documentada de vacuna contra la polio en los 12 meses anteriores, deben recibir una dosis de OPV o IPV antes de la salida.⁴

Según el consejo del Comité de Emergencia convocado en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005), los esfuerzos para limitar la propagación internacional del virus de la poliomielitis deben continuar, ya que sigue siendo una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional. Los países afectados por la transmisión de poliovirus están sujetos a las Recomendaciones Temporales. Para cumplir con las Recomendaciones Temporales, cualquier país infectado por el poliovirus debe declarar el brote como una emergencia nacional de salud pública e implementar todas las medidas necesarias para apoyar la erradicación de la poliomielitis, como la vacunación adecuada de los viajeros internacionales; intensificar los esfuerzos para aumentar la cobertura de la inmunización de rutina, lo que incluye compartir datos de cobertura e intensificar los esfuerzos transfronterizos. El estado debe garantizar que los viajeros que reciben dicha vacuna tengan acceso a un documento apropiado para registrar su estado de vacunación contra la poliomielitis.⁵



Libia: Reportan 5.000 casos de leishmaniosis en los últimos seis meses

27 de febrero de 2019 – Fuente: Agence France-Presse (Francia)

Al menos 5.000 casos de leishmaniosis se han registrado en Libia en los últimos seis meses, informó el 27 de febrero el Ministerio de Salud del país.

La enfermedad a menudo se asocia con la pobreza y el saneamiento urbano deficiente.

“Actualmente hay 5.000 pacientes bajo tratamiento”, afirmó Ahmad Al-Qarari, que dirige el Centro de Control de Enfermedades en el Ministerio de Salud del gobierno de unidad de Libia, respaldado por la Organización de Naciones Unidas.

Pero aclaró que solo se trataba de los casos registrados por las autoridades, y señaló que el alcance del problema sigue siendo desconocido porque algunos pacientes no buscan tratamiento.

⁴ El listado de los países infectados actualmente o recientemente se pueden encontrar en el sitio web de la Global Polio Eradication Initiative, haciendo clic [aquí](#).

⁵ Puede consultar la declaración completa del Comité de Emergencia sobre Poliomielitis, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Al-Qarari dijo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estaba entregando tratamientos provenientes de India y que la próxima semana recibirían un nuevo lote de medicamentos.

La mayoría de los casos se registraron a lo largo de la costa mediterránea del país, al oeste de la capital, Trípoli.

Según los cálculos de la OMS publicados en 2018, cada año se producen entre 700.000 y un millón de casos de leishmaniosis en todo el mundo, y entre 20.000 y 30.000 personas mueren a causa de la enfermedad.

Al-Qarari dijo que la leishmaniosis apareció por primera vez en Libia hace un siglo y resurgió más recientemente en 2006.

“El gobierno debe organizar campañas de concientización continuamente porque esta enfermedad se ha vuelto endémica”, dijo Al-Qarari.



Omán: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV

4 de marzo de 2019 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Entre el 12 y el 18 de febrero de 2019, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Omán reportó ocho nuevos casos de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV). Cuatro casos fueron reportados en la gobernación de Ganub as-Sharqiyah y los otros cuatro en la de Samal al-Batinah, donde recientemente se identificó un clúster.⁶

Los cuatro casos de Ganub as-Sharqiyah son varones de 30, 48, 63 y 68 años de edad, mientras que los de Samal al-Batinah son mujeres de 30, 61, 65 y 77 años. Cinco de los casos presentaban comorbilidades. Dos varones, de 63 y 68 años de edad, fallecieron a causa de la enfermedad.

Dos de los casos son trabajadores de la salud. Un caso reportó contacto cercano con dromedarios (*Camelus dromedarius*). Siete casos tuvieron contacto con casos de MERS-CoV previamente confirmados por laboratorio.

Desde el 27 de enero de 2019, Omán ha reportado un total de 13 casos: nueve en Samal al-Batinah y cuatro en Ganub as-Sharqiyah.

Está en curso una investigación del historial de exposición de los ocho casos a los factores de riesgo conocidos en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido notificada desde septiembre de 2012 hasta el 18 de febrero de 2019 de 2.357 casos confirmados por laboratorio, incluyendo al menos 820 muertes relacionadas (tasa de letalidad de 34,79%).⁷

La primera infección por el MERS-CoV se notificó en Omán en 2013. Desde entonces, se ha reportado un total de 24 casos y siete muertes.

Respuesta de salud pública

Se está llevando a cabo la secuenciación del genoma completo de las muestras humanas disponibles de pacientes. Hasta el 21 de febrero, todos los contactos identificados (familiares y trabajadores de la salud) de los casos confirmados han sido evaluados, incluidos 69 contactos de casos de Samal al-Batinah y 57 contactos de casos de Ganub as-Sharqiyah. El Ministerio de Salud está realizando el seguimiento de estos contactos durante 14 días a partir de la última fecha de exposición según las indicaciones de la OMS y las pautas nacionales para MERS-CoV. Todos los contactos han sido muestreados y han dado negativo para MERS-CoV mediante la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR).

El Ministerio de Agricultura ha llevado a cabo una investigación de los dromedarios en las fincas de uno de los pacientes. Los resultados de esta investigación están pendientes.

El Ministerio de Salud ha fortalecido las medidas de prevención y control de infecciones en los Servicios de Emergencia, especialmente en las áreas de triaje. Se elaboraron materiales de educación y sensibilización en salud y se distribuyeron al personal de atención médica, pacientes y visitantes.

Los miembros de la familia de los pacientes infectados han sido contactados y asesorados sobre el virus y sobre las medidas para evitar infecciones. Se han fortalecido los esfuerzos para mejorar la conciencia de la salud pública entre el público en general a través de una mayor comunicación en los medios.

Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones humanas graves que resultan en una alta morbilidad y mortalidad. Los humanos se infectan por el contacto directo o indirecto con dromedarios. El virus ha demostrado su capacidad para transmitirse entre humanos, especialmente a través del contacto cercano sin protección con pacientes infectados. Hasta ahora, la transmisión no sostenida de persona a persona ha ocurrido principalmente en entornos de atención médica.

La notificación de nuevos casos no modifica la evaluación general del riesgo. La OMS prevé que se reporten nuevos casos de infección en Medio Oriente, y que continuarán exportándose casos a otros países a través de personas infectadas tras la exposición a dromedarios o productos de origen animal (por ejemplo, por el consumo de leche de

⁶ Ver 'Omán: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 2.150, de fecha 13 de febrero de 2019, haciendo clic [aquí](#).

⁷ El número global refleja el número total de casos confirmados por laboratorio notificados hasta la fecha a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005). El número total de muertes incluye aquellas informadas a la OMS a la fecha a través del seguimiento con los estados miembros afectados.

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

Advertencias de la OMS

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

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

La identificación temprana, el manejo de los casos y el aislamiento, junto con las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones, pueden evitar la transmisión del MERS-CoV de persona a persona.

La OMS recomienda la identificación exhaustiva, el seguimiento y el análisis de todos los contactos de los pacientes con MERS, si es posible, independientemente del desarrollo de los síntomas, ya que aproximadamente 20% de las infecciones informadas han sido leves o asintomáticas. El papel de la infección asintomática por el MERS-CoV en la transmisión no se conoce bien. Sin embargo, se ha documentado la transmisión de un paciente infectado asintomático a otra persona.

El MERS-Cov causa una enfermedad más severa en personas con condiciones médicas crónicas subyacentes, tales como diabetes, insuficiencia renal, neumopatías crónicas o inmunodepresión. Por consiguiente, dichas personas deben evitar el contacto estrecho con dromedarios cuando visiten granjas, mercados o establos donde se sospeche que el virus puede estar circulando. Se deben adoptar medidas higiénicas generales, tales como lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

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

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



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

28 de febrero de 2019 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El brote de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) continúa con intensidad moderada. Katwa y Butembo siguen siendo las zonas sanitarias de mayor preocupación, mientras que, simultáneamente, continúan apareciendo pequeños clústeres en varias ubicaciones geográficamente dispersas. Durante los últimos 21 días (del 6 al 26 de febrero de 2019), se notificaron 77 casos nuevos en 33 áreas sanitarias de nueve zonas sanitarias: Katwa (45), Butembo (19), Vuhovi (4), Kyondo (3), Kalunguta (2), Beni (1), Mandima (1), Oicha (1) y Rwampara (1).

Aunque hay tendencias decrecientes en la incidencia de casos (ver Gráfico 2), la alta proporción de muertes en la comunidad reportadas entre los casos confirmados y el número relativamente bajo de nuevos casos de contactos conocidos bajo vigilancia podrían aumentar el riesgo de nuevas cadenas de transmisión en las comunidades afectadas. Los equipos de respuesta deben mantener un alto grado de vigilancia en todas las áreas con disminución de la incidencia de casos y la actividad de rastreo de contactos, así como en áreas con casos activos, para detectar rápidamente nuevos casos y prevenir la transmisión. Tras los ataques de esta semana en los centros de tratamiento en Katwa y Butembo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está trabajando con sus asociados para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal. Estos incidentes son perjudiciales para la respuesta en muchos niveles y también pueden obstaculizar las actividades de vigilancia en el campo.

Hasta el 26 de febrero de 2019, se ha notificado un total de 879 casos (814 confirmados y 65 probables), de los cuales 57% (499) eran mujeres, y 30% (264) eran menores de 18 años de edad. Los datos acumulados indican que se han reportado casos en 119 de las 301 áreas sanitarias de 19 zonas sanitarias. En total, se han reportado 553 muertes (tasa de letalidad general: 63%). Hasta el 19 de febrero se han reportado 257 sobrevivientes. Está en mar-

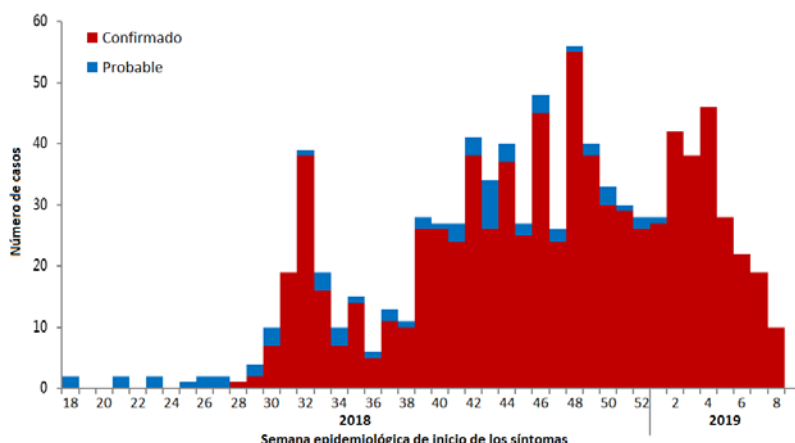


Gráfico 2. Casos confirmados y probables, según semana epidemiológica de inicio de los síntomas. República Democrática del Congo. Años 2018/19, hasta el 26 de febrero de 2019. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

cha un proceso para depurar la base de datos de los casos para corregir el número de muertes y sobrevivientes en los Centros de Tratamiento del Ébola (CTE).

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud sigue fortaleciendo las medidas de respuesta, con el apoyo de la OMS y sus asociados.⁸

Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS monitorea continuamente los cambios en la situación epidemiológica y el contexto del brote para garantizar que el apoyo a la respuesta se adapte a las circunstancias cambiantes. Los niveles de riesgo a nivel nacional y regional siguen siendo muy altos, aunque el riesgo a nivel global sigue siendo bajo. Este brote de EVE está afectando principalmente a las provincias nororientales de la República Democrática del Congo, que limitan con Uganda, Ruanda y Sudán del Sur. Existe un riesgo potencial de transmisión de la EVE a nivel nacional y regional debido a los viajes extensos entre las áreas afectadas, el resto del país y los países vecinos por razones económicas y personales, así como por inseguridad. El país está experimentando al mismo tiempo otras epidemias (cólera, poliomiéлитis derivada de la vacuna, malaria, sarampión) y una crisis humanitaria a largo plazo. Además, la situación de seguridad en Nord-Kivu e Ituri a veces limita la implementación de las actividades de respuesta.

Como el riesgo de propagación nacional y regional es muy alto, es importante que las provincias y los países vecinos mejoren las actividades de vigilancia y preparación. El Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) ha informado que no intensificar estas actividades de preparación y vigilancia podría empeorar la situación y favorecer la extensión del brote. La OMS continuará trabajando con los países vecinos y sus asociados para asegurar que las autoridades sanitarias estén alertas y preparadas operativamente para responder.

Asesoramiento de la OMS

Tráfico internacional: La OMS continúa desaconsejando cualquier restricción a los viajes o el comercio con la República Democrática del Congo, con base en la información actualmente disponible. No existe una vacuna con licencia para proteger a las personas contra el virus del Ébola. Por lo tanto, cualquier requisito para los certificados de vacunación contra el Ébola no es una base razonable para restringir el movimiento a través de las fronteras o la emisión de visas para pasajeros que salen de la República Democrática del Congo. La OMS sigue supervisando de cerca y, si es necesario, verifica las medidas comerciales y de viaje relacionadas con este evento. Actualmente, ningún país ha implementado medidas de viaje que interfieran significativamente con el tráfico internacional hacia y desde la República Democrática del Congo. Los viajeros deben consultar a un médico antes de viajar y deben practicar una buena higiene.



La alarmante oleada mundial de casos de sarampión es una amenaza creciente para la infancia

1 de marzo de 2019 – Fuente: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) advirtió el 1 de marzo que los casos mundiales de sarampión están alcanzando un nivel alarmantemente elevado, sobre todo en 10 países que representan más de 74% del aumento total, pero también en varios otros que ya habían sido declarados libres del sarampión.

A escala mundial, 98 países informaron sobre el aumento de casos de sarampión en 2018 en comparación con 2017, un dato que menoscaba los progresos en la lucha contra esta enfermedad altamente prevenible, pero también potencialmente mortal.

En Ucrania, Filipinas y Brasil se registraron los mayores aumentos de casos de sarampión entre 2017 y 2018. Solamente en Ucrania se registraron 35.120 casos de sarampión en 2018. Según el gobierno, otras 24.042 personas contrajeron la infección solamente en los dos primeros meses de 2019. En Filipinas, en lo que va del año, se han registrado 12.736 casos de sarampión y 203 muertes⁹, en comparación con los 15.599 casos que se produjeron durante todo el año 2018.

“Esta es una llamada de atención. Disponemos de una vacuna segura, eficaz y barata contra una enfermedad altamente contagiosa, una vacuna que ha salvado casi un millón de vidas cada año durante las últimas dos décadas”, dijo Henrietta Holsman Fore, Directora Ejecutiva del UNICEF. “Estos casos no han ocurrido de la noche a la mañana. Del mismo modo que los graves brotes que estamos viendo hoy se extendieron en 2018, la falta de acción hoy tendrá consecuencias desastrosas para los niños de mañana”.

El sarampión es muy contagioso, más que la enfermedad por el virus del Ébola, la tuberculosis o la influenza. Una persona puede contraer el virus hasta dos horas después de que el portador haya salido de una habitación. Se pro-



Una niña de 9 años recibe su primera dosis de vacuna triple viral el 21 de febrero de 2019 en el centro médico de la escuela de Lapaivka, en la región de L'viv, Ucrania, como parte de una campaña de vacunación de recuperación de tres semanas para aumentar la cobertura de la vacuna entre los niños en edad escolar en la región.

⁸ Puede obtener información detallada sobre las acciones de respuesta de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados, consultando el último informe de situación publicado por la Oficina Regional de la OMS para África, haciendo clic [aquí](#).

⁹ El análisis se basa en los datos mundiales sobre el sarampión y la rubéola de la Organización Mundial de la Salud procedentes de 194 países para los años 2017 y 2018. Para obtener más información, hacer clic aquí. El análisis se basa en el total de los casos confirmados de sarampión.

País	Casos
Ucrania	30.338
Filipinas	13.192
Brasil	10.262
Yemen	6.641
Venezuela	4.916
Serbia	4.355
Madagascar	4.307
Sudán	3.496
Tailandia	2.758
Francia	2.269

Tabla 2. Casos registrados en 2018 en los 10 países con el mayor incremento de casos entre 2017 y 2018. Fuente: UNICEF.

paga a través del aire e infecta el tracto respiratorio, poniendo potencialmente en peligro la vida de los niños desnutridos o de los bebés que son demasiado pequeños para ser vacunados. Una vez que se produce la infección, no existe un tratamiento específico para el sarampión, por lo que la vacunación es una herramienta que salva la vida de los niños. En respuesta a estos brotes, el UNICEF y sus aliados están apoyando a los gobiernos para que ofrezcan urgentemente servicios de vacunación a millones de niños en países de todo el mundo. Por ejemplo:

- En Ucrania, el UNICEF ha brindado apoyo constante para acelerar la inmunización sistemática en todo el país y hacer frente a las dudas que existen sobre la vacuna; esto incluye las nuevas actividades encaminadas a detener el brote más reciente, que se ha cobrado 30 vidas desde 2017. En febrero, el Ministerio de Salud, con el apoyo del UNICEF, puso en marcha una campaña de inmunización en escuelas y clínicas de la región de L'viv, la más afectada de Ucrania occidental, donde las actitudes negativas hacia la inmunización y los episodios previos de escasez de vacunas han dado lugar a que las tasas de vacunación sean bajas.

- En Filipinas, el gobierno, con el apoyo del UNICEF y sus asociados, llevará a cabo una campaña para vacunar a 9 millones de niños contra el sarampión en 17 regiones.

Mediante el uso de las redes sociales, los activistas planean alentar a los padres y madres aprensivos y a los trabajadores de la salud.

- En Brasil, entre agosto y septiembre de 2018, el gobierno llevó a cabo una campaña contra la poliomielitis y el sarampión dirigida a más de 11 millones de niños menores de cinco años. El UNICEF alentó a las personas a vacunarse y capacitó a monitores de salud que trabajan en refugios de migrantes venezolanos. El UNICEF ha incluido la vacuna contra el sarampión como parte del programa "Sello Municipal", que abarca 1.924 municipios.

- En Yemen, donde los años de conflicto provocaron un brote, las autoridades locales, con el apoyo del UNICEF, la Organización Mundial de la Salud y la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización, vacunaron en febrero a más de 11,5 millones de niños.

- En Madagascar, del 3 de septiembre al 21 de febrero, 76.871 personas contrajeron el sarampión y 928 murieron, en su mayoría niños. En enero, el gobierno, con el apoyo de aliados como el UNICEF, puso en marcha una campaña de inmunización dirigida a los 114 distritos del país. Más de 2 millones de niños fueron vacunados en 25 distritos. En febrero, 1,4 millones de niños fueron vacunados, y otros 3,9 millones más recibieron vacunas en marzo.

En algunos casos, estos brotes se han debido a la deficiencia de la infraestructura sanitaria, los conflictos civiles, la escasa concienciación de la comunidad, la autocomplacencia y las dudas con respecto a las vacunas, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Por ejemplo, en Estados Unidos, el número de casos de sarampión se multiplicó por seis entre 2017 y 2018, llegando a 791 casos. En este mismo país se han producido brotes recientes en los estados de New York y Washington.

"Casi todos estos casos se pueden prevenir y, sin embargo, los niños se están infectando incluso en lugares donde simplemente no hay excusa para ello", dijo Fore. "El sarampión puede ser la enfermedad, pero, con demasiada frecuencia, la verdadera infección es la desinformación, la desconfianza y la complacencia. Debemos hacer más esfuerzos para informar con precisión a todos los padres y madres a fin de que nos ayuden a vacunar con seguridad a todos los niños".

Para luchar contra el sarampión, el UNICEF hace un llamamiento urgente a los gobiernos, los proveedores de atención de la salud y los padres y madres para que intensifiquen sus esfuerzos mediante las siguientes acciones:

- Comprender que las vacunas son seguras y eficaces, y pueden salvar la vida de un niño.
- Vacunar a todos los niños de entre seis meses y cinco años durante los brotes.
- Capacitar y equipar a los trabajadores de la salud para que puedan prestar servicios de calidad.
- Fortalecer los programas de inmunización para suministrar todas las vacunas que salvan vidas.¹⁰

País	Casos
Brasil	10.262
Moldavia	312
Montenegro	203
Colombia	188
Timor Leste	59
Perú	38
Chile	23
Uzbekistán	17

Tabla 3. Casos registrados en 2018 en ocho países que no habían reportado casos en 2017. Fuente: UNICEF.

¹⁰ El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) forma parte de la Iniciativa contra el Sarampión y la Rubéola, una alianza entre los sectores público y privado compuesta por cinco organizaciones asociadas –la Organización Mundial de la Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, la Fundación de las Naciones Unidas y la Cruz Roja de Estados Unidos, además del UNICEF– que dirige una campaña mundial para eliminar el sarampión y la rubéola.

DISQUE SAÚDE
136
Quilombo Geral, 10.100
www.saude.gov.br

30 anos
de luta contra a AIDS

**ANOS DE LUTA CONTRA A AIDS.
#PARTIU TESTE**

Para se prevenir contra o HIV, vírus da AIDS, use camisinha sempre.
Faça o teste de HIV em uma Unidade de Saúde do SUS, ele é rápido,
gratuito, seguro e sigiloso. Se o exame der positivo, comece já o tratamento.
Assim, você e as pessoas com quem se relaciona ficam protegidas.

f /campanhaatitudeaids t @aidsMS

TESTE DE HIV
PREVINA-SE,
FAÇA O TESTE DO HIV/AIDS
E SIGA EM FRENTE

SUS + Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Ministério da Saúde (2014. 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.