



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.

2.159

8 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

- Vigilancia de triquinosis
- Chubut: Confirman al virus Andes como el causante del brote de hantaviriosis en Epuyén
- Jujuy, Fraile Pintado: Confirman el primer caso de dengue de 2019

América

- Situación epidemiológica del sarampión
- Chile, Región Metropolitana: Primer caso de hantaviriosis del año
- México: Infección por *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenemes
- México, Morelos: Brote de hepatitis A en una escuela de Cuautla

- Paraguay: Ya suman 205 los casos confirmados de dengue

El mundo

- Europa: La vacuna antigripal de esta temporada alcanza una efectividad de entre 32% y 43%
- Filipinas: La lepra sigue siendo un problema invisible
- Macedonia del Norte: Un brote de sarampión causa la muerte de tres bebés
- Malasia, Johor: Brote familiar de difteria en Johor Bahru
- Tailandia: Ya son más de 2.000 los casos de fiebre chikungunya en todo el país
- Nuevas evidencias de que las vacunas no causan autismo

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/

Vigilancia de triquinelosis

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

Provincia/Región	2017		2018	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	1	1
Buenos Aires	284	47	242	24
Córdoba	103	27	553	499
Entre Ríos	23	—	5	—
Santa Fe	44	3	94	14
Centro	454	77	895	538
Mendoza	54	13	191	38
San Juan	1	—	1	—
San Luis	81	13	100	77
Cuyo	136	26	292	115
Corrientes	—	—	—	—
Chaco	1	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	1	—
NEA	1	—	1	—
Catamarca	—	—	1	1
Jujuy	—	—	1	—
La Rioja	11	5	6	4
Salta	1	—	1	—
Santiago del Estero	3	—	—	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	15	5	9	5
Chubut	2	—	4	2
La Pampa	11	10	28	13
Neuquén	4	1	8	4
Río Negro	3	3	5	1
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	20	14	45	20
Total Argentina	626	122	1.242	678

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2017/2018. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.¹



Chubut: Confirman al virus Andes como el causante del brote de hantavirus en Epuyén

6 de marzo de 2019 – Fuente: United States Army Medical Research Institute of Infectious Diseases (Estados Unidos)

Desde el 2 de noviembre de 2018, Argentina ha enfrentado un brote de síndrome pulmonar por hantavirus (SPH); los casos más recientes se reportaron el 7 de febrero de 2019. Hasta el presente, han ocurrido 34 casos confirmados y 12 muertes. La propagación inicial ocurrió en Epuyén, provincia de Chubut, en la región andina. Otros casos se han reportado en la provincia de Río Negro; también se ha conocido un caso exportado a Chile.

El virus Andes (ANDV, género *Orthohantavirus*, familia *Hantaviridae*) ha sido confirmado como el agente etiológico. Su reservorio más común es el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*). La transmisión de roedores a humanos se produce generalmente por contacto con orina y excreciones infectadas. Las infecciones secundarias de humano a humano se consideran raras, pero pueden ocurrir por contacto directo con saliva, orina o sangre infectadas.

Un grupo cooperativo de investigación que incluye a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', la Secretaría de Salud de Argentina, el Ministerio de Salud de la provincia de Chubut, el Ministerio de salud de la Provincia de Río Negro y el Instituto Médico de Investigación en Enfermedades Infecciosas del Ejército de Estados Unidos (USAMRIID), utilizaron tecnologías de secuenciación de próxima generación para caracterizar y analizar rápidamente los patrones de transmisión del ANDV. Se aplicaron métodos avanzados de cebado-enriquecimiento para recuperar la información genómica directamente de las muestras clínicas, a fin de evitar cambios que se producen durante el cultivo de células *in vitro*.

Un total de 28 muestras están siendo analizadas. Hasta la fecha, han sido procesadas 12 muestras, lográndose la codificación de 11 genomas completos.

El análisis filogenético preliminar sugiere que las variantes analizadas pertenecen al genotipo del virus Andes Sur. El pariente más cercano disponible para el segmento de S (gen más usado en la caracterización de la epidemiología molecular para hantavirus) es la cepa Andes virus AH-1 (segmento de S; GenBank número AF324902). El nivel de

¹ Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

variación observada entre las secuencias del brote actual es mínimo (99,9%), como podría esperarse de la transmisión de humano a humano. Dado que estos 11 genomas completos fueron obtenidos de casos vinculados bien establecidos, y basado también en la baja abundancia de roedores detectada en la zona, es posible descartar un evento de roedores super-infectantes (*super-spreader*).

El grupo cooperativo continúa procesando las muestras restantes, tratando de obtener un mapa detallado de las rutas de transmisión del brote.

Los datos genómicos, laboratoriales y epidemiológicos estarán pronto disponibles en bases de datos públicas.



Jujuy, Fraile Pintado: Confirman el primer caso de dengue de 2019

7 de marzo de 2019 – Fuente: Jujuy Online (Argentina)

El Ministerio de Salud de Jujuy informó el primer caso de dengue en la provincia en el año e incentivó a intensificar el descacharrado para evitar que se multipliquen los casos, siendo que los datos climáticos actuales son escenario viable para la reproducción del mosquito *Aedes aegypti*.

El primer caso de dengue en Jujuy “corresponde a una niña de 14 años de la localidad de Fraile Pintado”, afirmó la subsecretaria de Promoción y Prevención de la Salud, Verónica Serra, y aclaró que “la paciente se encuentra en excelente evolución clínica”.

Cabe destacar, que se realizó el bloqueo correspondiente en la vivienda de la menor y a sus alrededores para evitar la propagación de la enfermedad.

Sostuvo que “la provincia de Jujuy no escapa a la circulación del virus Dengue en territorio argentino, con casos autóctonos en Misiones, Formosa, Santa Fe y Salta”, con lo cual solicitó a los equipos de salud que “eleven el nivel de alarma y ante el síndrome febril agudo se solicite el estudio de laboratorio y se realice la notificación correspondiente al sistema de vigilancia para disminuir los tiempos de bloqueo y evitar un brote de la enfermedad”.

Respecto al deber de los municipios y de la comunidad, la funcionaria recomendó “continuar con el trabajo de descacharrado para eliminar los criaderos de mosquitos, con lo cual deberán mantener los patios y jardines desmalezados y desechar recipientes que puedan acumular agua”.

Además, instó a “extremar las medidas de prevención para evitar picaduras utilizando repelente para insectos, ropa clara de manga larga y, en caso de ser posible, contar con telas mosquiteras para evitar todo tipo de contacto”.

América



Situación epidemiológica del sarampión

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

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 9 de 2019, diez países notificaron casos confirmados de sarampión que ocurrieron entre diciembre de 2018 y febrero de 2019: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, México y Venezuela. En lo que va del año, no se han reportado defunciones por sarampión.

En 2018 fueron 12 los países de la Región de las Américas que notificaron casos confirmados de sarampión² y solo dos de ellos habían reportado defunciones: Brasil y Venezuela.

A continuación, se presenta un resumen de la situación en los países que notificaron casos en 2019.

Argentina: Se notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio, correspondiente a un hombre argentino de 35 años, residente en la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe), sin antecedente de vacunación conocido. Inició exantema el 17 de febrero, posterior al regreso de un viaje laboral a la Región Administrativa Especial de Hong Kong, China, arribando al país el 5 de febrero.

Las muestras de orina e hisopado nasofaríngeo fueron positivas mediante reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real (qRT-PCR) para sarampión y se confirmaron en el Laboratorio Nacional de Referencia. El análisis filogenético identificó el genotipo B3. No fue posible asignar el linaje dado que al comparar con la información disponible en el banco de la Vigilancia de Nucleótidos de Sarampión (MeaNS) no se encontró una secuencia similar, lo que sugiere que la cepa estudiada es de circulación reciente.

Tras la notificación del caso, se iniciaron las actividades de identificación de contactos y medidas de bloqueo (administración de vacuna o gammaglobulina según el caso). Actualmente se continúa con el seguimiento de contactos.

Bahamas: Se notificó un caso importado confirmado por laboratorio, un niño de 4 años, sin antecedentes de vacunación que llegó a Bahamas el 10 de febrero, procedente de Francia. El inicio del exantema fue el 18 de febrero y el mismo día el niño y sus padres acudieron a un servicio de salud. Las muestras de suero que fueron analizadas en un laboratorio internacional resultaron IgM positivas para sarampión el 21 de febrero.

Brasil: Entre la SE 6 de 2018 y la SE 9 de 2019 se notificaron 10.334 casos confirmados de sarampión (ver Gráfico 1) incluidas 12 defunciones. Desde el 18 de enero de 2019, se notificaron 60 nuevos casos confirmados.

Son 11 las Unidades Federativas que notificaron casos confirmados de sarampión: Amazonas (9.804 casos y 6 defunciones), Roraima (361 casos y 4 defunciones), Pará (87 casos y 2 defunciones), Rio Grande do Sul (46 casos),

² Antigua y Barbuda, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Perú y Venezuela.

Rio de Janeiro (19 casos), Pernambuco (4 casos), Sergipe (4 casos), Bahia (3 casos), São Paulo (3 casos), Rondônia (2 casos) y el Distrito Federal (1 caso). En todas las Unidades Federativas, con excepción de un caso en Rio Grande do Sul y uno en São Paulo, el genotipo identificado fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, similar al que estaba circulando en Venezuela y otros países de la Región.

Los últimos casos confirmados importados de Venezuela tienen fecha de inicio de exantema en la SE 7 de 2019 y se registraron en el estado de Pará.

A continuación, una breve descripción de la situación epidemiológica en los estados de Amazonas y Roraima.

Amazonas: Entre el 6 de febrero de 2018 y el 26 de febrero de 2019 se notificaron 11.422 casos sospechosos, incluidas 6 defunciones. Del total de casos sospechosos, 9.804 fueron confirmados, 1.607 descartados y 11 continúan en investigación. El último caso confirmado tuvo inicio de exantema el 31 de enero de 2019 (SE 5) y los últimos casos en investigación el 17 de febrero de 2019 (SE 8), en Manaus.

El 55,6% (5.451) de los casos confirmados son del sexo masculino.

De los 62 municipios del estado, en 46 se han reportado casos confirmados. El 78,7% (8.985) de los casos sospechosos y 82% (8.055) de los casos confirmados fueron notificados por el municipio de Manaus. La tasa de incidencia acumulada de los casos confirmados en el estado es de 273,0 casos cada 100.000 habitantes y los municipios que presentan la mayor tasa de incidencia son: Manacapuru (994,2), seguido de Juruá (458,6) y Manaus (378,1).

Desde la SE 30 de 2018, se mantiene una tendencia decreciente en los casos.

La mayor tasa de incidencia por grupo de edad entre los casos confirmados se observa en los menores de 1 año (2.190,5 casos cada 100.000 habitantes) seguido del grupo de 15 a 19 años (552,1), 20 a 29 años (358,6), 1 a 4 años (354,1), 30 a 39 años (188,8 casos) y 40 a 49 años (117,4).

Roraima: Entre el 4 de febrero de 2018 y el 22 de febrero de 2019 se notificaron 596 casos sospechosos, incluidas 4 defunciones. Del total de casos sospechosos, 361 fueron confirmados, 223 descartados y 12 continúan en investigación. El último caso confirmado tuvo inicio de exantema el 3 de diciembre de 2018 (SE 49) y el último caso en investigación el 17 de febrero de 2019 (SE 8).

El 54,2% (195) de los casos confirmados son del sexo masculino, 61% (219) son venezolanos, 38% (139) son brasileños y 1% (3 casos) corresponde a personas procedentes de otros países.

El 41% de los casos confirmados son indígenas (127 de Venezuela y 18 de Brasil).

De los 15 municipios del estado, 13 han notificado casos sospechosos. El 90% (536) de los casos sospechosos y 89% (323) de los casos confirmados fueron notificados por los municipios de Amajari, Boa Vista y Pacaraima. La tasa de incidencia en el estado es de 48,2 casos cada 100.000 habitantes y los municipios que presentan la mayor tasa de incidencia son: Pacaraima (314,5), Amajari (72,6), Cantá (61,6), Rorainópolis (50,8) y Boa Vista (48,5).

A partir de la SE 15 de 2018 se registró una disminución de casos sospechosos y confirmados, entre la SE 32 y la SE 35 de 2018 se reportó un nuevo incremento de casos a expensas de los municipios de Boa Vista y Amajari; para nuevamente incrementar levemente en la SE 7 de 2019.

La mayor tasa de incidencia por grupo de edad se observa en los menores de 1 año (812,1 casos cada 100.000 habitantes) seguido del grupo de 1 a 4 años (245,7), 5 a 9 años (106,9), 10 a 14 años (66,6) y 15 a 19 años (51,0).

Adicionalmente, el 20 de febrero de 2019, Brasil notificó la ocurrencia de un brote de sarampión en un crucero. Hasta el 28 de febrero, se han notificado 32 casos sospechosos, de los cuales 18 fueron confirmados por laboratorio. Todos los casos confirmados corresponden a tripulantes. Se notificaron 4 casos sospechosos entre los pasajeros. Antes de la llegada del crucero a Brasil el 2 de diciembre de 2018, el barco había navegado por el Mediterráneo y se espera que permanezca en Brasil hasta abril de 2019. El genotipo identificado en los casos de este brote fue el D8, que presentó diferencias genómicas con relación al virus D8 identificado en los brotes de Brasil en 2018 en Amazonas, Roraima y Pará; tampoco es similar al de los casos esporádicos, genotipo D8, que se reportaron en Brasil en 2018.

Canadá: Hasta la SE 6 de 2019 se notificaron 5 casos confirmados. Se identificó el genotipo B3 en un caso y el genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16 en dos casos. La mayoría de los casos reportados en 2019 están asociados a un brote que afecta a niños en edad escolar en Vancouver, el cual a su vez se originó a partir de importación.

Chile: Entre la SE 45 de 2018 y la SE 8 de 2019, se confirmaron 26 casos de sarampión, 8 importados y 18 relacionados a importación. De esos, 14 casos requirieron hospitalización. No se registraron fallecidos. El genotipo identificado en 18 casos fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, similar al que está circulando en otros países de la Región.

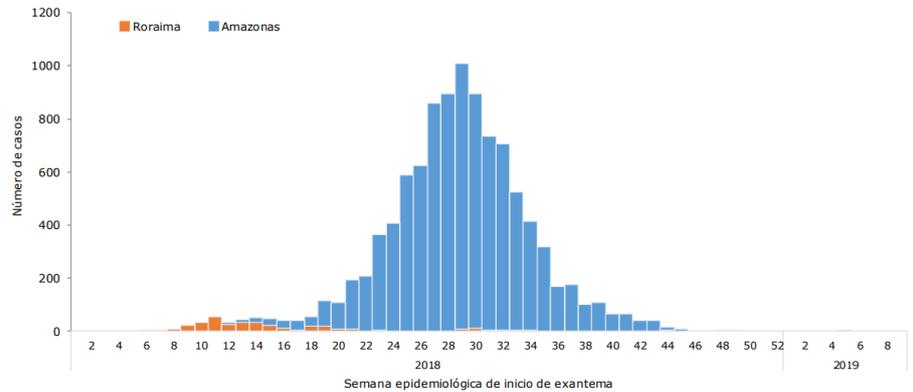


Gráfico 1. Casos confirmados, según semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema. Estados de Amazonas y Roraima, Brasil. Desde SE 1 de 2018 hasta SE 9 de 2019. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Colombia: Entre la SE 10 de 2018 y la SE 9 de 2019 se confirmaron 241 casos de sarampión, no se registran fallecidos (ver Gráfico 2). La genotipificación realizada en muestras de 50 casos indicó que se trata del genotipo D8, similar al que está circulando en otros países de la Región.

El último caso confirmado tuvo inicio de exantema el 18 de febrero de 2019 y los casos confirmados de las últimas cuatro semanas corresponden a los departamentos de La Guajira, Cesar, Norte de Santander y Cundinamarca.

Los departamentos con casos confirmados son Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Sucre; y los Distritos de Barranquilla, Bogotá, Cartagena y Santa Marta. El 68% del total de casos confirmados fueron notificados en los distritos de Cartagena, Barranquilla y el Departamento Norte de Santander.

La tasa de incidencia acumulada en el país es de 0,22 casos cada 100.000 habitantes y las mayores tasas de incidencia se registran en las siguientes entidades territoriales: Cartagena (5,3), Barranquilla (2,4), y Bolívar (1,1).

Costa Rica: Se notificó un caso confirmado de sarampión que corresponde a un niño de 5 años de nacionalidad francesa, sin historial de vacunación que llegó al país el 18 de febrero desde París, Francia, con sus padres. El inicio de exantema fue el 20 de febrero y fue confirmado por laboratorio. Adicionalmente se realizaron pruebas de laboratorio (reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real para el virus del sarampión) en muestras de aspirado nasofaríngeo y orina de los padres del caso, las cuales resultaron positivas (aunque ellos no presentaron síntomas compatibles con la enfermedad), alcanzando un total de tres casos confirmados.

Estados Unidos: Entre el 1 de enero y el 21 de febrero de 2019 se confirmaron 159 casos de sarampión en 10 estados, que corresponden a 6 brotes³. Los estados que notificaron casos confirmados fueron California, Colorado, Connecticut, Georgia, Illinois, Kentucky, New York, Oregon, Texas, y Washington.

En 2018 se reportaron 17 brotes, siendo los brotes en el estado de New York, la ciudad de New York y el estado de New Jersey los que registraron el mayor número de casos. Los casos ocurrieron principalmente entre personas no vacunadas de comunidades judías ortodoxas. Estos brotes se asociaron con viajeros que trajeron el sarampión desde Israel, donde se está registrando un brote de gran magnitud. Durante 2018 se notificaron 82 casos importados de otros países, siendo éste el mayor número registrado desde que se eliminó el sarampión de Estados Unidos en el año 2000.

México: Se notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio, una mujer de 54 años, residente del estado Nuevo León, con antecedente de viaje a París (Francia) y a Houston (Texas, Estados Unidos). El caso no contaba con antecedente de vacuna contra sarampión e inició exantema el 10 de febrero de 2019. La confirmación fue realizada por el Laboratorio Estatal de Salud Pública a través de pruebas serológicas (detección de IgM) y moleculares (reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real). El genotipo viral identificado fue B3. Se realizó seguimiento a 71 contactos, todos ellos asintomáticos.

Venezuela: Entre la SE 26 de 2017 y la SE 52 de 2018, se notificaron 9.116 casos sospechosos (1.307 en 2017 y 7.809 en 2018) de los cuales 6.202 fueron confirmados (727 en 2017 y 5.475 en 2018) (ver Gráfico 3). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2.416), clínico (2.274) y nexa epidemiológico (785). Se registraron 76 defunciones, 2 en 2017 (en Bolívar) y 74 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 6 en Miranda, 3 en Distrito Capital y 1 en Bolívar). Entre el 1 de enero y el 27 de febrero de 2019, se han notificado 283 casos, de los cuales 40 han sido confirmados. El último caso confirmado tuvo fecha de inicio de exantema el 17 de febrero de 2019.

La tasa de incidencia acumulada 2017-2019 en el país es de 19,6 casos cada 100.000 habitantes, y las mayores tasas de incidencia se registran en Delta Amacuro (212,3), Distrito Capital (114,7), Amazonas (79,9), Bolívar (53,8), Vargas (48,7) y Miranda (37,9).

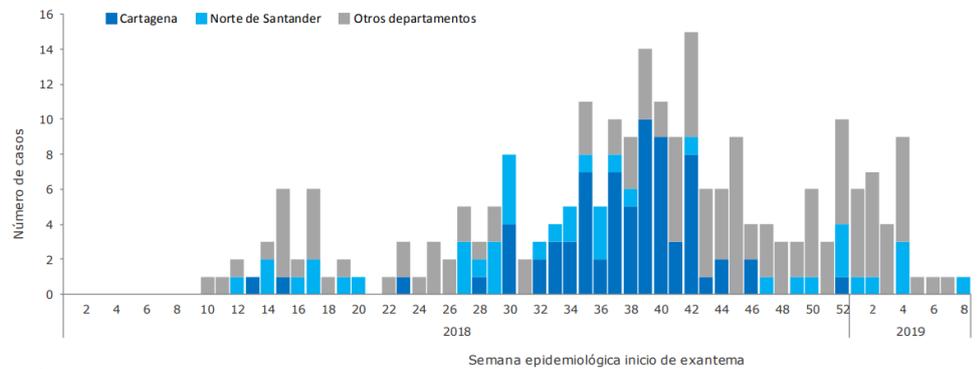


Gráfico 2. Casos confirmados, según semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema. Colombia. Desde SE 1 de 2018 hasta SE 8 de 2019. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

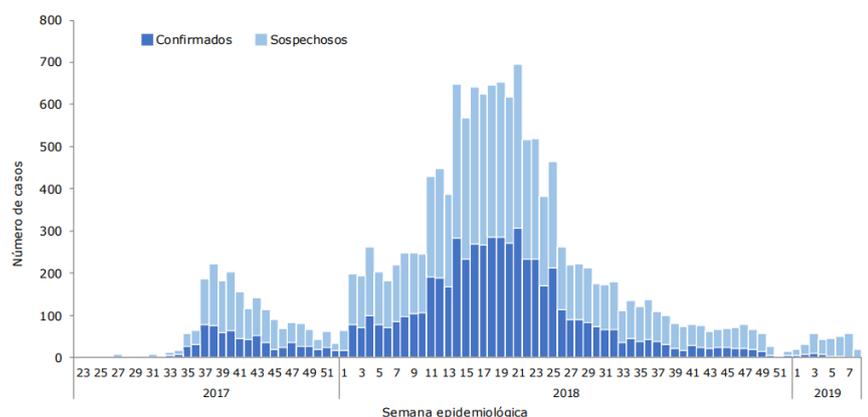


Gráfico 3. Casos notificados, según semana epidemiológica (SE) de inicio de exantema. Colombia. Desde SE 23 de 2017 hasta SE 8 de 2019. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

³ Se define como brote a tres o más casos relacionados.

Los casos confirmados reportados entre las SE 44 y 50 de 2018 fueron notificados en el Distrito Capital (13 casos), y los estados de Zulia (64 casos), Carabobo (10), Bolívar (9), Mérida (6), Barinas (5), Falcón (5), Apure (4), Lara (4), Monagas (4), Miranda (3), Cojedes (1), Delta Amacuro (1) y Vargas (1).

Las autoridades de salud de Venezuela han implementado una serie de estrategias de vacunación orientadas a interrumpir la circulación del virus. Además de campañas de vacunación, entre otras acciones implementadas se citan: la intensificación de la vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas y la vacunación por bloqueo con vacuna doble viral (contra sarampión y rubéola) a los contactos de los casos sospechosos y confirmados en forma selectiva hasta los 39 años.

Sarampión en comunidades indígenas

Brasil: Se notificaron 183 casos sospechosos en indígenas, de los cuales 145 fueron confirmados en el estado de Roraima. La mayor parte de los casos corresponden al Distrito Indígena de Salud de Auaris, que limita con Venezuela.

Venezuela: En 2018 se confirmaron 508 casos de sarampión en poblaciones indígenas de los estados de Amazonas (153 casos: 134 de la etnia Sanema, 16 Yanomami, 2 Yekuana, 1 Baniva), Bolívar (1 Pemón), Delta Amacuro (328 casos de la etnia Warao), Distrito Capital (1 Wayú), Monagas (21 casos: 19 Warao, 1 Shaima y 1 Eñepa) y Zulia (4 casos de la etnia Wayú). Adicionalmente, se registraron 62 defunciones, de las cuales 35 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas (todas de la etnia Sanema).

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) refuerza las recomendaciones realizadas desde febrero de 2015 a todos los Estados Miembros respecto a:

- Vacunar para mantener coberturas homogéneas de 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna triple viral, en todos los municipios.
- Vacunar a poblaciones en riesgo, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) y viajeros internacionales.
- Mantener una reserva de vacuna doble viral y/o triple viral y jeringas para acciones de control de casos importados en cada país de la Región.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado y que los resultados de laboratorio estén disponibles en un periodo de no más de 4 días.
- Brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- Identificar los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, incluyendo las poblaciones indígenas, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.
- Implementar un plan para inmunizar a la población migrante en las fronteras de alto tránsito, priorizando la población en riesgo, tanto migrante como residente en los municipios que albergan a estos grupos de población.
- Incrementar las coberturas vacunales y fortalecer la vigilancia epidemiológica en áreas de fronteras a fin incrementar la inmunidad poblacional y detectar/responder rápidamente frente a casos altamente sospechosos de sarampión.
- En situación de brote, se debe establecer el adecuado manejo intrahospitalario de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo de referencia de pacientes a salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención) evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/o salas de hospitalización por otras causas.

Adicionalmente, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de 6 meses de edad⁴ en adelante que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que reciba la vacuna contra el sarampión y la rubéola, preferiblemente la triple viral, al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión.⁵

⁴ La dosis de vacuna triple viral o doble viral administrada en niños de 6 a 11 meses de edad no sustituye la primera dosis del esquema recomendado a los 12 meses de edad.

⁵ Pueden consultar las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con relación a consejos para los viajeros, haciendo clic [aquí](#).

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

El 6 de marzo, la Secretaría Regional Ministerial (Seremi) de Salud de la Región Metropolitana, Rosa Ester Oyarce Suazo, confirmó el primer caso de hantavirrosis en la región. De acuerdo a la información entregada por la autoridad sanitaria, se trata de una mujer de 55 años residente en la comuna de Melipilla.

Asimismo, se informó que la paciente fue atendida el 4 de marzo en el servicio de urgencia del Hospital Clínico de la Universidad Católica, donde se sospechó la presencia de este virus, la que se confirmó en exámenes posteriores.

De acuerdo a los antecedentes que entregó la autoridad, la mujer residía a ocho metros de un canal de regadío que reuniría las condiciones para que se produjera el contagio. Según la Seremi, la paciente –quien lleva 24 horas conectada a un respirador artificial– aún se encuentra grave, pero estable.

En lo que va del año 2019, se han confirmado 21 casos de hantavirrosis a nivel nacional, 12 hombres y nueve mujeres. Hasta el momento, del total de los casos ya se han reportado seis fallecidos.

**México: Infección por *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenemes**

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

El 12 de febrero de 2019, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recibió un informe sobre infecciones en el sitio quirúrgico causadas por *Pseudomonas aeruginosa* resistente a los antibióticos después de procedimientos invasivos realizados en Tijuana, México. Hasta el 11 de febrero, un total de 20 casos, 16 confirmados y 4 sospechosos, se han identificado en nueve estados de Estados Unidos.

Según la definición de caso de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, un caso confirmado se define como *P. aeruginosa* resistente a carbapenemes productor de metalo- β -lactamasa, codificante de integrón de Verona (VIM-CRPA) aislada de un paciente que se sometió a un procedimiento invasivo en México el mes anterior a la obtención del espécimen positivo. Un caso sospechoso es CRPA no disponible mediante tests de mecanismo o con tests de mecanismo pendientes en un paciente que se sometió a un procedimiento invasivo en México el mes anterior a la recolección de la muestra.

Del total de 20 casos, dos se informaron retrospectivamente y tenían fechas de recolección de muestras en 2015 y 2017, mientras que los 18 casos restantes tenían fechas de recolección de muestras entre el 5 de septiembre de 2018 y el 24 de enero de 2019. Todos los casos correspondieron a viajeros que recibieron atención médica en centros de salud en Tijuana, México. Quince de los casos informaron haberse sometido a una cirugía, principalmente para perder peso, en el Grand View Hospital. La mitad de los casos reportó haber usado la misma agencia de viajes de turismo médico con sede en Estados Unidos para coordinar su procedimiento quirúrgico en México. Aunque la mayoría de los pacientes referidos eran de Estados Unidos y Canadá, esta agencia de viajes ha enviado pacientes de otros países al Grand View Hospital desde el 1 de agosto de 2018.

Un total de 13 casos fueron hospitalizados en Estados Unidos por complicaciones asociadas con la infección por VIM-CRPA luego de un procedimiento invasivo en México; la mayoría presentó una infección en el sitio quirúrgico. Un paciente con sepsis y varias comorbilidades subyacentes murió. De los 17 casos con información disponible sobre sexo y edad, 14 (82%) fueron mujeres, y las edades oscilaron entre 29 y 62 años.

Una investigación local en el Grand View Hospital identificó equipos reutilizables que no estaban siendo procesados adecuadamente, lo que plantea un riesgo potencial de transmisión de infecciones por transmisión sanguínea entre los pacientes.

El 9 de enero de 2019, los CDC emitieron una Alerta de Viaje sobre los casos de infección por *P. aeruginosa* resistente relacionados con cirugías en el Grand View Hospital en Tijuana, México, con una recomendación de que los residentes en Estados Unidos no se sometan a cirugías (bariátricas o de otro tipo) en el mencionado establecimiento hasta que se confirme que la VIM-CRPA ya no se está propagando en las instalaciones. El 22 de enero de 2019, los CDC emitieron una recomendación para que las personas que se sometieron a una cirugía en el Grand View Hospital a partir del 1 de agosto de 2018 hablen con su proveedor de atención médica sobre los siguientes patógenos transmitidos por sangre: virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, y VIH.

El 13 de febrero de 2019, la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) también emitió una Alerta de Salud Pública para los viajeros canadienses que pueden haber estado expuestos a bacterias resistentes a los antibióticos después de haberse sometido a procedimientos quirúrgicos en Tijuana, México. Además, los viajeros canadienses que se sometieron a procedimientos en el Grand View Hospital en Tijuana, México, también pueden estar en riesgo de contraer infecciones transmitidas por la sangre, como el VIH, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C. Debido a la posibilidad de una exposición a estos riesgos para la salud, la PHAC recomienda que los pacientes que se hayan sometido a una cirugía en el Hospital Grand View u otras instalaciones médicas en Tijuana, y que estén experimentando signos de una infección, como fiebre, enrojecimiento, pus o hinchazón en el sitio de la cirugía, consulte inmediatamente a un proveedor de atención médica. Los pacientes deben comunicar a su proveedor de salud acerca de su viaje a México y de todos los tratamientos médicos y cirugías durante su estadía fuera de Canadá.

Evaluación de riesgos de la OMS

Las personas en Estados Unidos con infecciones por *P. aeruginosa* resistente después de procedimientos invasivos (p. ej., cirugía, endoscopia) en México informaron sobre procedimientos en diferentes centros de salud en Tijuana. Una instalación, el Grand View Hospital, está asociada con un brote en curso de infecciones por VIM-CRPA. Las per-

sonas que se sometieron a procedimientos en este establecimiento de atención médica pueden estar infectadas o en riesgo de desarrollar infecciones por VIM-CRPA. Existe el riesgo de una propagación de *P. aeruginosa* resistente a través de pacientes que regresan a sus países de origen, especialmente en entornos de atención médica. Una única agencia de viajes de turismo médico con sede en Estados Unidos informó que individuos de diferentes países se habían referido al Grand View Hospital desde el 1 de agosto de 2018; sin embargo, personas de otros países también pueden verse afectadas.

La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y revisando la evaluación de riesgos con base en la última información disponible.

Asesoramiento de la OMS

La OMS recomienda compartir la información sobre este brote con las autoridades de salud pública y los médicos pertinentes, para permitir el reconocimiento oportuno de los casos potenciales que podrían estar relacionados con este brote. La OMS recomienda implementar medidas de prevención y control de infecciones, para prevenir la diseminación de microorganismos resistentes a múltiples fármacos en entornos de salud.⁶

A medida que la resistencia a los antimicrobianos aumenta a nivel mundial, incluso en la Región de las Américas, la OMS alienta a los Estados Partes a aumentar los esfuerzos para la detección temprana de microorganismos resistentes y a implementar acciones de prevención y control para contener la propagación de la resistencia a los antimicrobianos. La vigilancia es un componente clave de la prevención y el control de la resistencia a los antimicrobianos y debe fortalecerse, junto con la capacidad del laboratorio, para apoyar la detección de infecciones causadas por bacterias resistentes a los carbapenemes e informar las prácticas de prevención y control de infecciones y la administración de antimicrobianos. Las políticas de tratamiento deben basarse en las pruebas de sensibilidad a los antibióticos cuando sea posible y en la epidemiología local de la resistencia antimicrobiana cuando se prescribe un tratamiento empírico.

La OMS no recomienda aplicar restricciones generales de viaje o al comercio con México, con base en la información disponible para este evento.



México, Morelos: Brote de hepatitis A en una escuela de Cautla

6 de marzo de 2019 – Fuente: La Unión de Morelos (México)

Tras darse a conocer que en la Escuela Primaria Pública 'Miguel Hidalgo' de Cautla se presentó un brote de hepatitis A entre la población estudiantil, autoridades educativas y padres de familia sostuvieron una reunión para tratar este tema y darle una solución inmediata, tras considerar que es de vital importancia atender los brotes de cualquier tipo de enfermedad en la escuela.

Son al menos siete los casos de hepatitis A que han sido confirmados entre los estudiantes de diversos grados de la citada primaria, por lo que los padres de familia manifestaron su preocupación de que el número de casos pueda incrementarse en el transcurso de la semana. Por tal motivo solicitaron a las autoridades educativas poner manos a la obra y atender la situación a la brevedad.

Dicha institución educativa cuenta con una población estudiantil de al menos 360 alumnos. Ante ello, la mayoría de los padres están preocupados porque el número de menores enfermos pudiera incrementarse y con ello empeore la situación en el plantel.

En su intervención, la directora de la escuela, Reyna Hernández Cerezo, señaló que hasta hace unos días desconocía la situación, argumentando que sólo tuvo conocimiento de un posible caso, pero al no mostrar los padres del menor los estudios pertinentes, no dio seguimiento al caso.

Sin embargo, el 4 de marzo ya sumaban siete casos de hepatitis A. De acuerdo con padres de familia, una estudiante de esa escuela está internada en la clínica del municipio de Jonacatepec, toda vez que se encontraba de visita en el lugar y allí recayó.

Por otra parte, precisó que de manera inmediata se tomarán cartas en el asunto para atender el brote con el fin de garantizar la salud de los menores. Por ello, al lugar arribó personal del departamento de Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria III (JS-III) para comenzar a atender a los pequeños y realizar la valoración de todas las áreas comunes en las que pudieran contagiarse.

Finalmente, dentro de las acciones a tomar se pretende evitar que los estudiantes ingieran alimentos y bebidas que no estén preparados en casa con la debida higiene, además de contar con el apoyo del personal de Epidemiología de la JS-III para que tome cartas en el asunto y haga frente a esta situación.



Paraguay: Ya suman 205 los casos confirmados de dengue

6 de marzo de 2019 – Fuente: La Nación (Paraguay)

Según el último reporte epidemiológico de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, ya se registran 205 casos de dengue en 11 departamentos de Paraguay. Una niña se encuentra grave en Pedro Juan Caballero.

La mayor cantidad de casos se concentra en Alto Paraná (154 casos), seguido por Amambay (26), Itapúa (8), Central (7), Asunción (4), Guairá (3) y Paraguari (2). En tanto que, Caazapá, San Pedro Norte, Canindeyú y Caaguazú reportan un caso cada uno, lo que suma 205 casos confirmados.

⁶ Puede consultar el informe *Guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, Acinetobacter baumannii and Pseudomonas aeruginosa in health care facilities*, haciendo clic [aquí](#).



En lo que va del año, suman 3.049 las notificaciones de casos sospechosos por arbovirosis en todo el país. En las últimas tres semanas se reportó un promedio de 497 notificaciones sospechosas.

Los casos se están diseminando desde Minga Guazú hacia el resto del país, donde se verifican casos aislados. Los datos indican que la epidemia de este año tendrá predominio del serotipo DENV-4.

Una niña de 11 años, oriunda de Pedro Juan Caballero, se encuentra internada con síntomas de dengue grave. Se trata del primer caso registrado este año con estas características. La paciente se encuentra estable, presentó algunos signos de gravedad, y fue trasladada a un servicio de mayor complejidad.

También se encuentra en estudio un caso de mortalidad asociado al dengue que data de dos semanas atrás: se trata de una puerpera, de 31 años, que presentaba co-morbilidades.

El mundo



Europa: La vacuna antigripal de esta temporada alcanza una efectividad de entre 32% y 43%

21 de febrero de 2019 – Fuente: *Eurosurveillance*

Un estudio internacional en el participaron seis países europeos, ofrece las primeras estimaciones sobre la efectividad de la vacuna antigripal, y estas evidencian que fue beneficiosa durante la actual campaña, desde octubre de 2018 hasta enero de este año, al llegar al margen de 32 a 43%.

De acuerdo con los datos del estudio, durante esta temporada se dio en Europa una circulación predominante de influenza A. El 99,5% de los casos en todos los estudios combinados fueron positivos para este tipo de virus, con circulación mixta de los subtipos A(H3N2) y A(H1N1) pdm09. Los resultados muestran estimaciones de efectividad para todas las edades en Atención Primaria en un porcentaje de entre 32 y 43% frente a la influenza A en general, mayor frente al virus A(H1N1) pdm09 y menor frente a A(H3N2), los dos subtipos que circularon esta temporada.

Para la población de adultos mayores hospitalizados, se estima una efectividad vacunal de entre 34 y 38% frente a la influenza A en general, y ligeramente más baja frente a la cepa A(H1N1) pdm09.



La medida preventiva más eficaz

El informe evidencia que la vacunación sigue siendo la medida preventiva más efectiva contra la influenza, a la vez que apoya la necesidad de intervenciones más efectivas frente al subtipo A(H3N2) en todos los grupos de edad. Estos resultados, por lo tanto, refuerzan las recomendaciones nacionales e internacionales de vacunación antigripal, especialmente en grupos de alto riesgo de complicaciones por influenza, como son los mayores de 64 años.

En este artículo se presentaron estudios de cuatro países con estimaciones de efectividad de la vacuna antigripal en Atención Primaria –Reino Unido, Dinamarca y España– y frente a influenza hospitalaria –Dinamarca–, y dos informes multicéntricos de la red europea I-MOVE que evalúa la efectividad de la vacuna antigripal en Europa cada temporada. Todos los estudios incluidos presentan un diseño test negativo de casos y controles, con mínimas diferencias en cuanto a la recopilación de datos y la selección de pacientes.⁷



Filipinas: La lepra sigue siendo un problema invisible

2 de marzo de 2019 – Fuente: *Inter Press Service*

La persistente dificultad para diagnosticar y tratar la lepra en poblaciones de difícil acceso en Filipinas pronto podría ser más fácil tras el lanzamiento de una aplicación móvil que conecta a trabajadores de la salud con médicos y clínicas.

Presentada a fines de enero tras años de pruebas, la creación de la aplicación estuvo a cargo de la filipina MetaHeliz, en cooperación con el Departamento de la Salud y la farmacéutica Novartis. Esta herramienta permite que los trabajadores de la salud de los *barangayes*⁸ se conecten de forma remota con especialistas para confirmar diagnósticos y el tratamiento de pacientes con lepra en lugares de difícil acceso.

La idea de la aplicación Sistema de Red de Respuesta y Alerta sobre la Lepra (LEARNS), que tuvo una fase piloto en 2014, es que los trabajadores de la salud “manden fotografías de lesiones y síntomas que podrían indicar lepra a los especialistas”.

⁷ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

⁸ Un *barangay* es la menor unidad de gobierno local en Filipinas y es el término en las lenguas filipinas equivalente a pueblo, distrito o circunscripción. Los municipios y ciudades filipinos están compuestos de barangayes. Al 31 de diciembre de 2006 había un total de 41.995 barangayes en toda Filipinas.



“LEARNS promueve la detección precoz y ayuda a reducir demoras en el diagnóstico y el tratamiento. También suministra datos para la vigilancia de la enfermedad, la educación de pacientes y la información sobre la generación”, indicó Novartis, en el comunicado que acompañó el lanzamiento.

La nueva aplicación probada en Filipinas desde hace más de un año subraya los actuales esfuerzos contra la lepra, a veces también conocida como “la enfermedad más vieja que se haya diagnosticado en el mundo”.

“En la mayor parte del mundo, la lepra se considera una enfermedad del pasado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dejó de ser un problema de salud pública en el año 2000 porque la prevalencia

era menor a un caso cada 10.000 personas”.

Pero uno de los pocos lugares donde la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública es Filipinas, lo que lo convierte en la sede apropiada para la Asamblea Regional de Organizaciones de Personas Afectadas por la Lepra en Asia, que se realizó del 3 al 5 de marzo.

La conferencia, organizada por el gobierno de Filipinas y el Culion Sanitarium & General Hospital (CSGH), la Coalición de Activistas contra la Lepra de Filipinas y la Sasakawa Memorial Health Foundation (SMHF), buscó formas de superar los obstáculos para terminar de erradicar la enfermedad.

Las cuestiones que deben afrontar los trabajadores de la salud y las víctimas de la enfermedad en Filipinas son emblemáticas de los problemas que se repiten en la región, como las dificultades de diagnóstico y el tratamiento de pacientes aislados, la falta de conciencia pública y de comprensión sobre la lepra, y la falta de priorización de los esfuerzos de salud para tratar la enfermedad y su impacto social por parte de los gobiernos.

Escondidos de todos

El tratamiento de la lepra en este país es básicamente el mismo que se aplica desde siempre: marginados por sus comunidades e, incluso, sus propias familias, y reclusos en instalaciones aisladas fuera de la vista de todos.

Los dos centros más conocidos en Filipinas son el CSGH, uno de los más grandes del mundo, ubicado en la isla de Culion, en el oeste de Filipinas, y el Tala Sanitarium, conocido como José Natalio Rodríguez Memorial Hospital, ubicado en Calocan, un barrio alejado del centro de Manila.

Ambas instalaciones están técnicamente operativas, pero como forma de mejorar la comprensión de la enfermedad y dadas las bajas probabilidades de contagio, fue posible que funcionarios de la salud cambiaran sus esfuerzos de atención hacia un tratamiento de tipo comunitario.

Según la médica Mary Ann Navarro, administradora del Departamento de Salud en Palawan, donde se detectó un pequeño brote de lepra en una comunidad indígena a fines de 2017, el tratamiento en el lugar es el único enfoque viable.

“Las mejores opciones de tratamiento y el relativo bajo riesgo de contagio implica que no es necesario aislar a los pacientes”, subrayó Navarro.

“Muchos casos, como los descubiertos el año pasado en Palawan, se producen entre personas con poco acceso a servicios de salud, por lo que la mejor opción es llevar el tratamiento hasta donde se encuentran”, puntualizó.

“Eso también ayuda a reducir parte del estigma social que sufren los pacientes, dando la posibilidad de educar a sus comunidades y eliminar parte del miedo que genera esta enfermedad. Cambiar actitudes sociales sigue siendo un gran desafío”, remarcó.

Situaciones como el brote de Palawan, donde se descubrieron ocho casos en una comunidad indígena en el sur de la isla, son relativamente raras. La mayoría, según un funcionario estatal, son personas que se quedan en la comunidad, pero a las que les cuesta aceptar el hecho.

“Hasta donde sabemos, tenemos 10 personas del *barangay* que llegaron al centro de salud en busca de tratamiento”, indicó Alexander “Bong” Medina, presidente de un *barangay* en San José del Monte, en la norteña provincia de Bulacan.

“El tratamiento se ofrece de forma gratuita, y hacemos lo mejor posible por darles una ayuda social, pero es difícil. Son personas pobres, que podrían llamarse marginadas, para empezar, y a veces no saben que pueden solicitar asistencia hasta que es demasiado tarde, o temen venir por vergüenza. Y no tenemos recursos para ir a buscarlas”, explicó.

Problema persistente

La Oficina del Pacífico Occidental de la OMS considera a Filipinas, en cierta forma, un caso atípico por la incidencia de la lepra.

Este país tiene la mayor incidencia de la enfermedad en el mundo; se detectaron unos 1.700 casos en cada uno de los últimos tres años, aunque en una proporción menor a lo que era hace una década. A esto se atribuye que, en gran parte, la región esté rezagada y no logre tener un caso cada 10.000 habitantes.

Según Datos del Departamento de Salud de Filipinas, la prevalencia de la lepra es menor a 0,4 casos cada 10.000 personas, pero solo en 2017 se identificaron 1.660 casos nuevos, de los cuales alrededor de 6,7% son menores de 15 años.

Este país de Asia sudoriental, que comprende unas 7.000 islas, tiene 104 millones de habitantes.

Para hacer frente al problema, Filipinas lanzó en 2016 el Programa Nacional para el Control de la Lepra, una iniciativa con muchos actores como el Departamento de Salud, la OMS y numerosas empresas y organizaciones no gubernamentales, con el fin de que este país esté libre de lepra en 2022.

Para calibrar mejor la respuesta del programa e identificar focos donde la enfermedad todavía es prevalente, la primera gran iniciativa del programa nacional es tener un estudio de una población de referencia, que se realiza con la cooperación del Instituto Regional de Medicina Tropical, que se espera que quede terminado este año.

El programa también trabaja para crear conciencia pública y mejorar el conocimiento sobre la enfermedad mediante varias actividades como el Día Mundial de la Lepra, el 26 de enero, una Semana para el Control de la Lepra, en febrero, y una Semana Nacional para la Prevención y Detección de la Enfermedad de la Piel, en la segunda semana de noviembre.



Macedonia del Norte: Un brote de sarampión causa la muerte de tres bebés

5 de marzo de 2019 – Fuente: Global Voices

Una epidemia de sarampión en Macedonia del Norte ya ha causado la muerte de tres niños desde diciembre de 2018, lo que ha planteado temores entre la población de que la responsable es la propaganda populista de derecha que ya dura años.

La tasa de vacunación contra el sarampión de Macedonia del Norte cayó notoriamente en los últimos cinco años (ver Gráfico 4) y ahora es una de las más bajas de Europa (ver Gráfico 5), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la que ha declarado que la "renuencia a las vacunas" es una amenaza a la salud global en 2019.

Entre tres y diez personas son diagnosticadas con sarampión diariamente en Macedonia del Norte, y más de 259 personas han sido diagnosticadas hasta ahora, según el Instituto para la Salud Pública, principal autoridad sanitaria del país.

El instituto expresó que más de la mitad de los casos son niños menores de cuatro años, y uno de cada cinco casos tiene más de 30 años.

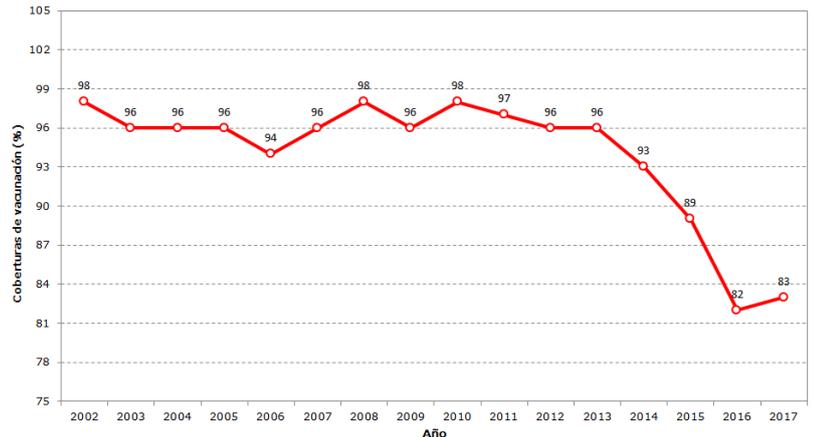


Gráfico 4. Cobertura de vacunación contra el sarampión. Macedonia del Norte. Años 2002/2017. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

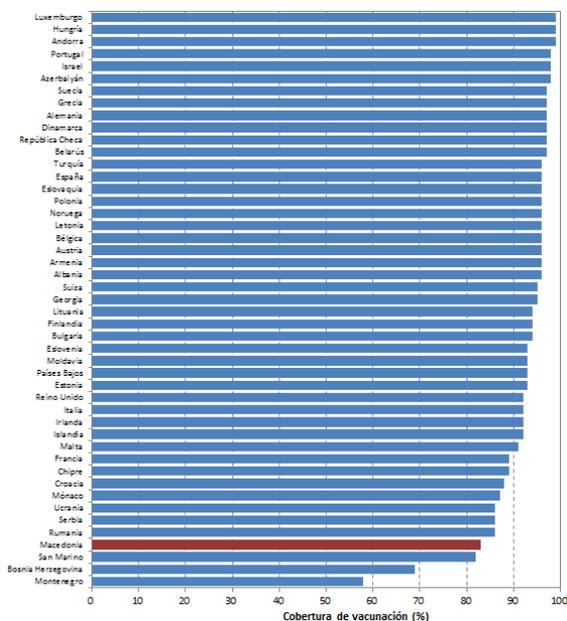


Gráfico 5. Tasa de cobertura contra el sarampión. Países de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. Año 2018. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Cerca de 70 % de los infectados no se habían vacunado, no habían recibido una nueva vacuna o no conocían sus antecedentes.

"La enfermedad solamente se previene con una vacuna. Una vez más, instamos a todos los padres que entiendan muy responsablemente las recomendaciones para la vacuna triple viral, que protege contra esta severa enfermedad. Las vacunas están probadas y su calidad está garantizada", dijo el Ministerio de Salud en una declaración pública el 11 de enero.

En las primeras etapas de la actual epidemia, el Ministerio de Salud afirmó que solamente en Skopie había 15.000 niños que no estaban inmunizados contra el sarampión. Entonces, el Gobierno lanzó una campaña que tuvo como resultado la vacunación de 8.434 personas – 5.900 en Skopie–, pero no bastó para detener el brote.

Por otra parte, los medios de comunicación progresistas y organizaciones de la sociedad civil se dedicaron a abordar la información equivocada, mientras ciudadanos comunes y corrientes empezaron una confrontación con los "antivacunas" en las redes sociales.

Pero cuando el fiscal empezó a investigar a una empresa farmacéutica que supuestamente había alterado las fechas de expiración en vacunas dirigidas a Macedonia del Norte, el escándalo le hizo el juego a los antivacunas.

Después de conocerse la primera muerte, aumentaron las tensiones. Muchos ciudadanos empezaron a sugerir que quienes difundían propaganda eran responsables penalmente.

El movimiento antivacunas en Macedonia del Norte

Los antivacunas de Macedonia del Norte son iguales a movimientos similares de otras partes del mundo que sostienen falsamente que las vacunas pueden causar autismo y otras enfermedades.

A veces, sostienen que la calidad de las vacunas ofrecidas en Macedonia del Norte es inferior, por lo que no son efectivas. Muchos padres eligen inmunizar a sus hijos en el extranjero –lo más común es Grecia– donde se considera que la calidad de las vacunas es mayor.

Tras las discrepancias entre el entonces gobierno y la Organización del Tratado del Atlántico Norte en 2008, los medios de comunicación bajo control directo del régimen de derecha de Nikola Gruevski empezaron a promocionar diversos temas populistas en sus canales.

Desde 2013, esta práctica incluyó darle más exposición en los medios a los antivacunas. Luego la televisora nacional Sitel TV, entonces partidaria del Gobierno, hizo varias entrevistas con la conocida antivacunas serbia Sladjana Velkov en su programa *Jadi burek*, en el que la presentaron constantemente como "experta en salud".

Los eruditos de la "medicina alternativa" se volvieron tan predominantes en la televisión nacional que la Cámara de Médicos de Macedonia del Norte exigió públicamente en 2014 que el Estado "tomara medidas concretas" en su contra. Un comunicado de la organización decía: "...Ponen a personas que dan consejos del rubro de medicina y medicina alternativa como profesionales médicos, sin tener título de médico ni licencia profesional, como por ejemplo, Sladjana Velkov, que comenta en televisión sobre la calidad y validez de las vacunas. Otros casos incluyen programas de televisión que presentan a personas incompetentes como curadoras de diversas enfermedades con hierbas, anuncios comerciales de gotas y soluciones que los médicos no están autorizados a recomendar en todos los canales de televisión, y nutricionistas autodidactas que recomiendan recetas para una vida larga y saludable".

Por otra parte, en diciembre de 2015, Sladjana Velkov fue enjuiciada en Serbia después de que supuestamente promocionó hipoclorito de sodio como medicina para niños. Se mudó a Macedonia del Norte poco después y desde entonces vive allí. Para 2018, los medios asociados con el ex partido gobernante siguieron presentando sus teorías conspirativas como hechos.

En agosto de 2018, investigadores de la Universidad George Washington revelaron que 93% de los mensajes sobre vacunas publicados en Twitter entre 2014 y 2017 eran de cuentas que mostraban comportamiento malicioso, incluidos "trolls rusos".

Según su estudio, que abarcó una muestra de más de 1,8 millones de tuits, "los sofisticados trolls y bots rusos promocionaron narrativas a favor y en contra de la vacunación", y crearon una "falsa equivalencia que afectó al consenso público sobre la vacunación".

El actual gobierno de Macedonia del Norte ha prometido mejorar la calidad de vida en el país con reformas democráticas.⁹

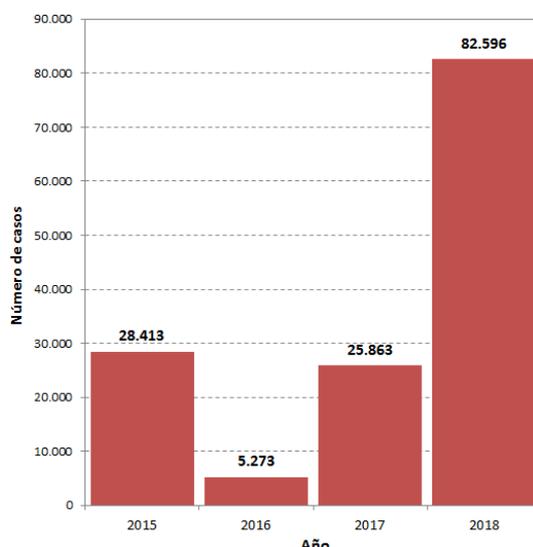


Gráfico 3. Casos notificados. Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. Años 2015/2018. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Malasia, Johor: Brote familiar de difteria en Johor Bahru

4 de marzo de 2019 – Fuente: The Star (Malasia)

Tres niños dieron positivo para difteria, luego de la muerte de un pequeño de dos años el 21 de febrero. El Ministerio de Salud señaló que los cuatro niños vivían en el mismo hogar en Johor Bahru. Se cree que el primer caso murió debido a complicaciones de la enfermedad.

"Hasta el 2 de marzo, se han confirmado tres casos más de difteria. Otro niño de cuatro años y una niña de 15 años, que también viven en la misma casa, también dieron positivo para la enfermedad", dijo el ministerio.

A los tres se les ha brindado tratamiento y a uno de ellos se le permitió regresar a casa.

"Un total de otros 10 niños, con síntomas y que viven en la misma casa, fueron tratados, pero las pruebas realizadas en ellos encontraron que no estaban afectados por la difteria", agrega la declaración.

Aparte de esto, el ministerio dijo que otras ocho personas que viven en la misma casa no mostraron síntomas, pero recibieron antibióticos como medida preventiva.

Dijo que aquellos tratados serían monitoreados diariamente en la Oficina de Salud de Johor Bahru durante 14 días, y agregó que no se habían reportado nuevos casos.

La muerte del niño, que no estaba inmunizado contra la enfermedad, llevó a un debate público sobre si la inmunización debería ser obligatoria. El 23 de febrero, el ministro de Salud, Dr. Haji Dzulkefly bin Ahmad, dijo que se podría presentar una ley en el Parlamento para hacer obligatoria la medida.

La información errónea sobre la vacunación había dado lugar a un gran aumento en el número de enfermedades prevenibles por vacunación, y los casos de sarampión aumentaron 10 veces, de 125 en 2013 a 1.467 el año pasado.

El año pasado se detectó una falta de inmunización en las seis muertes por sarampión registradas y en 19 de las 22 muertes por tos convulsa. Hubo cinco casos fatales de difteria el año pasado, en niños menores de 10 años.

⁹ Macedonia del Norte, oficialmente República de Macedonia del Norte, es un país independiente sin litoral, situado en la península balcánica, en el sureste de Europa. Limita al norte con Serbia y Kosovo, al este con Bulgaria, al sur con Grecia y al oeste con Albania. Su capital es Skopie, con más de 700 000 habitantes.

Este país surgió en 1991 luego de que la antigua República Socialista de Macedonia, una de las partes constituyentes de la República Federal Socialista de Yugoslavia, declarara su independencia bajo el nombre de "República de Macedonia". En febrero de 2019 cambió a la denominación actual, debido al rechazo de Grecia, ya que Macedonia es el nombre de una de sus provincias.

Funcionarios de la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud de Tailandia informaron un total de 2.063 casos de fiebre chikungunya en 19 provincias, hasta el 4 de marzo. La parte sur del país es la que más casos ha registrado.

No se han reportado muertes.

Las áreas con la mayor morbilidad incluyen Phuket, Songkla, Pattani y Pangnga. Más de la mitad de los casos fueron reportados en personas de 15 a 44 años de edad.

La fiebre chikungunya es una enfermedad viral transmitida a los humanos por mosquitos infectados. Causa fiebre y dolor severo en las articulaciones, que a menudo es debilitante. Otros síntomas incluyen dolor muscular, dolor de cabeza, náuseas, fatiga y erupción cutánea.

La enfermedad comparte algunos signos clínicos con el dengue y la fiebre zika, y puede diagnosticarse erróneamente en áreas donde son comunes. Como no hay cura, el tratamiento se enfoca en aliviar los síntomas.



Un estudio reafirma lo que médicos e instituciones sanitarias vienen repitiendo desde hace años: las vacunas no causan autismo. Las nuevas evidencias indican que la vacuna triple viral protege contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, pero no existe asociación con la aparición de esta condición.

Se analizaron los datos recopilados de todos los niños nacidos en Dinamarca, entre 1999 y 2010. De 657.461 niños, 6.517 fueron diagnosticados con autismo (una tasa de 129,7 casos cada 100.000 habitantes). Al comparar a los sujetos vacunados con la triple viral con los no vacunados, el índice de riesgo de autismo era de 0,93 y no aumentó después de la inmunización.

El estudio apoya firmemente que la vacunación con triple viral no aumenta el riesgo de autismo, no desencadena el autismo en niños susceptibles y no se asocia con casos de autismo después de la vacunación. Los resultados son similares a otro gran estudio que se llevó a cabo en 2002.

La idea de que las vacunas causan autismo sigue vigente, a pesar de este y otros estudios bien realizados. Aunque la vacuna triple viral no causa autismo, los padres todavía encuentran estas afirmaciones en las redes sociales, por parte de políticos, de celebridades, etc.

Volver a revisar el tema, pero en una cohorte más grande y con mayor seguimiento, permitió hacer un análisis más exhaustivo de la idea de que la vacuna triple viral causa autismo en niños susceptibles.

En Europa y Estados Unidos se han registrados grandes brotes de sarampión en meses recientes. La enfermedad había desaparecido en muchas regiones, pero regresó debido a que cada vez más padres deciden no inmunizar a sus hijos por miedo al autismo.

El temor a las vacunas nace de un estudio que se llevó a cabo hace 20 años y decía que había un vínculo entre la inmunización y la aparición del autismo. Pero los datos se basaban en el análisis de solo 12 niños, por lo que se desestimó la evidencia, la revista que publicó el estudio lo retiró y su autor perdió su licencia médica.

Instituciones como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos han informado con insistencia que la inmunización es una de las formas más seguras de proteger la salud en general y contra los brotes de sarampión, y que sus efectos secundarios son leves y desaparecen. Pero en redes sociales se sigue divulgando información errónea que ha calado profundamente y ha generado pánico entre los padres.

A propósito de esta situación, Facebook anunció que tomarán medidas contra fan pages, grupos y perfiles que difundan información errónea sobre las vacunas, como que causan autismo y enfermedades. No se censurarán los contenidos, pero sí tendrán menos visibilidad.¹⁰



¹⁰ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2019)

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.