



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.

2.178

24 de abril 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 hidatidosis
- Cada vez menos gente se vacuna

América

- Situación epidemiológica del sarampión
- Bolivia, Tarija: Mueren dos militares por hantavirus
- Brasil: Se triplicó el registro de casos de tuberculosis resistente
- Estados Unidos: Brote multiestatal de listeriosis vinculado a carnes frías y quesos cortados
- Estados Unidos, New York: Alerta por aumento de casos de sífilis congénita
- México: Pese a que aún no llueve, aumentó 250% la cifra de casos de dengue

- República Dominicana: Registran aumentos en los casos de dengue, malaria, tos convulsa y enfermedad meningocócica

El mundo

- Angola, Huíla: Confirman un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Chibia
- España, Castilla y León: Desde principio de año se observa un incremento en el número de casos de parotiditis
- Malawi: Comenzó una campaña de vacunación con la primera vacuna contra la malaria
- Yemen: Gran aumento en los casos de cólera
- Altas tasas de curación de la hepatitis C con los antivirales de acción directa en entornos reales

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 hidatidosis

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

Provincia/Región	2018		2019	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	24	24	—	—
Buenos Aires	26	10	5	2
Córdoba	3	2	4	—
Entre Ríos	5	4	1	1
Santa Fe	3	2	3	—
Centro	61	42	13	3
Mendoza	2	—	1	—
San Juan	2	—	—	—
San Luis	4	—	—	—
Cuyo	8	—	1	—
Corrientes	2	2	—	—
Chaco	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	—	—	—	—
NEA	2	2	—	—
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	7	3
La Rioja	—	—	1	1
Salta	6	5	3	2
Santiago del Estero	7	6	2	—
Tucumán	3	1	—	—
NOA	16	12	13	6
Chubut	12	12	2	2
La Pampa	2	—	1	—
Neuquén	6	5	3	3
Río Negro	1	1	—	—
Santa Cruz	1	—	1	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	22	18	7	5
Total Argentina	109	74	34	14

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2018/2019, hasta semana epidemiológica 8. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.¹

LA NACION Cada vez menos gente se vacuna

15 de abril de 2019 – Fuente: La Nación (Argentina)

María Clara Sak es docente de la provincia de Buenos Aires y tiene hijos mellizos que cumplieron 11 años. “Les di todas las vacunas que corresponden, menos el refuerzo contra el meningococo, porque estaba en falta –explicó–. Pasaron 10 meses y la mayoría de los padres no la consiguen”. El caso de Sak no es único. Ya sea porque hay faltantes, por ciertas dificultades de acceso y, en menor medida, por los grupos antivacunas, las coberturas están descendiendo y vuelven enfermedades que se creían superadas, como el sarampión y la varicela.

“De forma privada, la antimeningocócica cuesta \$4.900. Con muchísimo esfuerzo quizá la podamos pagar, pero mis alumnos no, por lo que va a quedar una cohorte sin vacunar”, dijo Sak.

En Argentina la vacunación es política de Estado: en enero de este año se promulgó la ley 27.491 de control de enfermedades prevenibles por vacunación, un proyecto de Pablo Raúl Yedlin, diputado nacional por Tucumán, que fue aprobado por unanimidad en ambas cámaras. “Después del agua potable y las cloacas, las vacunas son la estrategia de salud pública más efectiva. La ley establece que son públicas, gratuitas y obligatorias”, argumentó Yedlin.

La comunidad sanitaria reconoce que, a pesar de una tradición en materia de vacunación y un amplio calendario comparable con los mejores del mundo, se da una situación inédita, ya que las denuncias por faltantes se repiten en todo el país.



¹ Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados. Se listan solamente las provincias y regiones que han notificado casos.

En los últimos días, la Defensoría del Pueblo de la Nación solicitó a la Secretaría de Gobierno de Salud el cumplimiento en tiempo y forma de la entrega de los insumos solicitados por las provincias, y realizó una denuncia en la sede local de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dependiendo del stock local y la escasa cantidad que distribuye la Nación, es difícil encontrar en los hospitales vacunas como la antimeningocócica, la antivariolosa, la triple bacteriana acelular, la triple viral, la vacuna contra la hepatitis B, la hepatitis A y el virus del papiloma humano, el rotavirus, la Salk y la Sabin. Los centros especializados no reciben la cantidad necesaria de vacuna antirrábica y la campaña de vacunación contra la gripe está retrasada.

“En salud, la planificación es determinante para adelantarse y prevenir. Pedimos un informe sobre el que no obtuvimos respuesta, y los datos que van llegando de los hospitales provinciales y de los vacunatorios municipales son alarmantes”, explicó Darío Díaz Pérez, senador por Buenos Aires y vicepresidente de la Comisión de Salud.

Para el infectólogo Eduardo López, jefe del Departamento de Medicina del Hospital General de Niños ‘Dr. Ricardo Gutiérrez’, un buen calendario de vacunación es un punto de partida, pero es necesario garantizar los insumos y tener campañas de concientización que sean comprensibles. “El Estado tiene una responsabilidad irrenunciable, porque casi un tercio de la población es pobre; a esas personas si las vacunas no les son provistas, no se pueden vacunar. Lamentablemente tampoco se contempla adecuar los días y horarios de los vacunatorios”, destacó.

“Anualmente se compran 41 millones de dosis totales de las 20 vacunas del calendario. La antigripal se está repartiendo dentro de los plazos que son siempre entre fines de marzo y principios de abril. El año pasado el pico de influenza fue en junio y julio, tuvimos 50 muertes, todos tenían factores de riesgo y no se habían vacunado; entregamos 100% de las dosis. Las estadísticas indican que el personal de salud se vacunó muy bien, pero entre las embarazadas, la cobertura fue de 60%. Uno tiene que tener las vacunas, pero después las tiene que aplicar. Todos sabemos que es un problema, creo que cuando salga la cobertura universal de salud esta situación se va a modificar, porque los horarios son más amplios en los centros sanitarios”, argumentó la infectóloga Miriam Inés Burgos, subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles de la Nación.

Según Burgos, la entrega de vacunas está retrasada, pero antes de fin de mes se regularizará: “La vacuna séxtuple ya se está repartiendo; la triple viral, la triple bacteriana acelular, la Sabin y la de la hepatitis, también. Con varicela hubo problemas de logística, pero está llegando”, aseguró.

Las coberturas de vacunación están bajando en la región en forma sostenida por diversas razones, principalmente por las dificultades en el acceso. “Si las vacunas llegan en forma irregular, todas las actividades de planificación para la aplicación fallan. El problema es grave desde lo individual, porque la persona queda sin vacunarse; desde lo comunitario, porque bajan las coberturas de vacunación, y desde la gestión de las provincias, porque replanificar es complejo. Por otra parte, la baja tiene que ver con ciertas características propias de su éxito, ya que al desaparecer las enfermedades, no se percibe el riesgo y su aplicación a los niños se va postergando. En menor medida, también se suma la información falsa difundida por los grupos antivacunas”, detalló la infectóloga Carla Vizzotti, presidenta de la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología.

“Es una falsa tranquilidad tenerlas en el calendario si no se aplican –coincidió López–. La vacuna contra la varicela es extraordinaria, porque tiene 93% de efectividad, pero está en 75% de cobertura. Eso significa que hay 170.000 niños que no se vacunaron, y para que sea eficaz la cobertura tiene que ser de 90% o más. Esa vacuna es obligatoria desde 2015 y sin embargo estamos teniendo pequeños brotes de varicela porque no vacunan a los chicos. Hoy en el primer año de vida hay 700.000 dosis de vacunas que no se aplican. La responsabilidad de los médicos es conversar, consensuar y convencer”.

América



Situación epidemiológica del sarampión

18 de abril de 2019 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Resumen de la situación

En 2018, fueron 12 los países² de la Región de las Américas que notificaron casos confirmados de sarampión; en 2019 (hasta el 18 de abril) nuevamente ya son 12 los países que notificaron casos confirmados: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, México, Perú, Uruguay y Venezuela. En lo que va del año, no se han reportado defunciones por sarampión en la Región. En 2018, solo Brasil y Venezuela notificaron defunciones.

El brote que se inició en Venezuela en 2017 se extendió a Brasil y Colombia en 2018. Adicionalmente, en ese mismo año, cuatro países de la Región notificaron casos importados o relacionados a la importación por el mismo genotipo y linaje circulante en los tres países arriba mencionados: Argentina, Chile, Ecuador y Perú. A partir de la semana epidemiológica (SE) 27 de 2018 se registró una disminución en el número de casos que continuó hasta finales de ese año.

En 2019, tanto Brasil como Colombia y Venezuela siguen notificando casos relacionados con el mismo genotipo y linaje³, lo que indica la continua circulación de este virus. Además, nueve países⁴ notificaron casos importados de países fuera de la Región con diferentes genotipos.

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

³ Causado por el genotipo D8 linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11.

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

- **Argentina:** Se confirmaron cuatro casos de sarampión, tres importados y uno relacionado con la importación. El primer caso corresponde a un hombre argentino de 35 años, residente en la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe), con antecedente de vacunación desconocido, con fecha de inicio de exantema el 17 de febrero y que tuvo antecedente de viaje laboral a la Región Administrativa Especial de Hong Kong de la República Popular de China, de donde regresó el 5 de febrero.

El segundo caso corresponde a un argentino de 49 años, que inició exantema el 27 de febrero, luego de regresar de un crucero en Brasil, donde se había reportado un brote de sarampión. El tercer caso, fue identificado en un turista europeo de 39 años, sin antecedente de vacunación, con inicio de exantema el 17 de marzo y que durante el periodo de transmisibilidad viajó por ferry a la ciudad de Montevideo, Uruguay, y en avión a la ciudad de Puerto Iguazú (provincia de Misiones). El cuarto caso, relacionado a un caso importado, corresponde a un hombre de 36 años que inició exantema el 2 de abril y estuvo en el mismo vuelo del tercer caso.

El genotipo identificado en el primer caso fue el B3. En el segundo caso se identificó el genotipo D8 linaje MVi/Delhi.IND/01.14, similar al reportado en los casos del brote en el crucero en Brasil. En el tercer caso, se identificó el genotipo D8, linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16. Esta cepa tiene amplia distribución en Asia y Europa. Se encuentra pendiente el genotipo y linaje del cuarto caso.

- **Bahamas:** Se notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio. El caso es un niño de 4 años, sin antecedentes de vacunación que llegó a Bahamas el 10 de febrero, procedente de Francia e inició exantema el 18 de febrero. El genotipo identificado fue D8, diferente al que circula en los otros países de la Región.

- **Brasil:** Entre la SE 1 de 2018 y la SE 9 de 2019 se notificaron 10.354 casos confirmados de sarampión (10.326 en 2018 y 28 en 2019) incluidas 12 defunciones (todas en 2018). Adicionalmente, el 20 de febrero de 2019, se notificó la ocurrencia de un brote en un crucero en donde se confirmaron 20 casos (todos ellos tripulantes).

En 2018, fueron 11 las Unidades Federativas que notificaron casos confirmados: Amazonas (9.808 casos y 6 defunciones), Bahía (3 casos), Distrito Federal (1 caso), Pará (79 casos y 2 defunciones), Pernambuco (4 casos), Rio Grande do Sul (46 casos), Rio de Janeiro (20 casos), Rondônia (2 casos), Roraima (361 casos y 4 defunciones), São Paulo (3 casos) y Sergipe (4 casos). En 2019 las Unidades Federativas que notifican casos confirmados son Amazonas (5 casos) y Pará (23 casos).

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 está circulando en Venezuela y otros países de la Región. El genotipo identificado en los casos del brote en el crucero fue el D8, que presentó diferencias genómicas con relación al D8 identificado en los brotes de Brasil en 2018 en Amazonas, Roraima y Pará; tampoco es similar al de los casos esporádicos, del genotipo D8, que se reportaron en Brasil en 2018.

La fecha de inicio de exantema del último caso confirmado en Brasil es el 23 de febrero de 2019, y corresponde al estado de Pará.

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.

- **Amazonas:** Se notificaron 11.423 casos sospechosos, incluidas 6 defunciones entre el 6 de febrero de 2018 y el 19 de marzo de 2019. Del total de casos sospechosos, 9.808 fueron confirmados (9.803 con fecha de inicio de exantema en 2018 y 5 en 2019), 1.609 descartados y 6 en investigación. Los seis fallecidos corresponden a cuatro menores de un año de edad, un adulto en el grupo de 40 a 49 años y otro mayor de 50 años.

El 55,6% (5.452) de los casos confirmados son hombres. El último caso confirmado en este estado tuvo inicio de exantema el 31 de enero de 2019 (SE 5) y los últimos casos en investigación en la SE 8 de 2019.

De los 62 municipios del estado, 46 notificaron casos confirmados. El 78,7% (8.986) de los casos sospechosos y 82,1% (8.056) 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 273,1 casos cada 100.000 habitantes y los municipios que presentan la mayor tasa acumulada de incidencia son: Manacapuru (994,2 casos cada 100.000 habitantes), seguido de Juruá (458,6) y Manaus (378,2).

La mayor tasa de incidencia acumulada por grupo de edad entre los casos confirmados se observó en los menores de 1 año (2.191,8 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 (354,4), 30 a 39 años (189,0) y 40 a 49 años (117,4).

- **Pará:** Se notificaron 322 casos sospechosos entre el 4 de febrero de 2018 y 19 de marzo de 2019. Del total de casos sospechosos, 104 fueron confirmados (79 con inicio de exantema en 2018 y 23 en 2019), 118 fueron descartados y 30 continúan en investigación. Se registraron dos defunciones entre los casos confirmados, los cuales corresponden a dos venezolanos indígenas menores de 1 año de edad.

El último caso confirmado tuvo inicio de exantema el 23 de febrero de 2019 (SE 8), y el último caso en investigación en la SE 10 de 2019.

El 50% (52) de los casos confirmados son hombres. El 36% (116) de los casos sospechosos y el 40,4% (42) de los casos confirmados fueron notificados por el municipio de Santarém. La tasa de incidencia del estado es de 1,3 cada 100.000 habitantes.

⁴ Argentina, Bahamas, Canadá, Chile, Costa Rica, Estados Unidos, México, Perú y Uruguay.

La mayor tasa de incidencia por grupo de edad entre los casos confirmados se reportó en los menores de 1 año (15 casos cada 100.000 habitantes) seguido del grupo de 1 a 4 años (3,1), 5 a 9 años (1,4), 10-14 años (1,3) y 15-19 años (1,2).

– **Roraima:** Se notificaron 601 casos sospechosos, incluidas 4 defunciones entre el 4 de febrero de 2018 y el 19 de marzo de 2019. Del total de casos sospechosos, 361 fueron confirmados (todos ellos con fecha de inicio de exantema en 2018), 224 descartados y 16 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 en la SE 13 de 2019.

El 54,0% (195) de los casos confirmados son hombres, 60,7% (219) son venezolanos, 38,5% (139) son brasileños y 1% (3 casos) corresponde a personas procedentes de otros países. El 40,4% de los casos confirmados son indígenas (128 de Venezuela y 18 de Brasil).

De los 15 municipios del estado, 13 notificaron casos confirmados. El 89,8% (542) 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 62,6 casos cada 100.000 habitantes y los municipios que presentan la mayor tasa de incidencia son: Pacaraima (314,5 casos cada 100.000 habitantes), Amajari (72,6), Cantá (61,6), Rorainópolis (50,8) y Boa Vista (48,5).

La mayor tasa de incidencia por grupo de edad entre los casos confirmados se reportó en los menores de 1 año (841,8 casos cada 100.000 habitantes) seguido del grupo de 1 a 4 años (255,8), 5 a 9 años (106,9), 10 a 14 años (66,6) y 15 a 19 años (51,0).

• **Canadá:** Entre las SE 1 y 13 de 2019 se notificaron 33 casos confirmados, en las provincias de Québec, British Columbia, Ontario, y Alberta, y en Northwest Territories. En 28 de los 33 casos confirmados se identificó el genotipo, correspondiendo a B3 (11 casos) y D8 (17 casos).

La mayor proporción de casos corresponde a la provincia de British Columbia con 26 casos confirmados entre el 1 de enero y el 12 de abril de 2019. Los casos fueron importados o relacionados a importación de Estados Unidos, Filipinas o Vietnam. En algunos casos no se pudo establecer el origen de la infección. En esta provincia, 59% (15) de los casos son hombres, 35% (9) no tenían ningún antecedente de vacunación⁵. El 42% (11) se registró en el grupo de 10-19 años, 31% (8) en el de 20 a 29 años, 12% (3) en el de 40 y más, y 8% (2) en el de 30 a 39 años.

En 2018 se habían confirmado nueve casos en esta provincia.

• **Chile:** Se confirmaron 26 casos de sarampión (23 en 2018 y 3 en 2019, hasta la SE 8); 8 importados y 18 relacionados con la importación. Catorce casos requirieron hospitalización. No se registraron fallecidos. El 54% (14) de los casos confirmados son hombres y 57% (15) son menores de 1 año. Los casos se registraron con residencia en las regiones Metropolitana (24) y del Biobío (2).

El genotipo identificado en 18 casos fue el D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11, que está circulando en otros países de la Región.

El último caso confirmado importado tuvo inicio de exantema el 11 de febrero de 2019 y corresponde a un hombre de 46 años, cuyo lugar probable de infección es Miami (Estados Unidos) o Dubái (Emiratos Árabes Unidos). El genotipo identificado fue el D8, linaje MVs/GirSomnath.IND/42.16.

• **Colombia:** Entre la SE 10 de 2018 y la SE 14 de 2019 se notificaron 8.684 casos sospechosos (7.089 en 2018 y 1.595 en 2019), de los cuales 291 fueron confirmados (209 con fecha de exantema en 2018 y 82 en 2019). No se registran fallecidos. La genotipificación realizada en muestras de 87 casos indicó que se trata del genotipo D8, linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11 similar al que está circulando en otros países de la Región.

Los casos confirmados en 2019 corresponden a los departamentos de Atlántico, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander y los Distritos de Barranquilla y Bogotá. En las últimas cuatro semanas (SE 11/14) se confirmaron 15 casos en Norte de Santander, La Guajira y el distrito de Barranquilla; de estos, 9 casos son importados de Venezuela.

El último caso confirmado importado tuvo inicio de exantema el 31 de marzo de 2019 y el último caso en investigación tuvo inicio de exantema el 11 de abril de 2019.

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

La mayor tasa de incidencia entre los casos relacionados a importación o transmisión secundaria en colombianos se observa en el grupo de menores de un año (5,9 casos cada 100.000 menores de 1 año), seguido del grupo de 1 a 4 años (0,6).

• **Costa Rica:** Entre las SE 1 y 13 de 2019 se notificaron nueve casos confirmados, tres de ellos importados y seis relacionados con la importación. Los tres casos importados corresponden a un niño de 5 años, de nacionalidad francesa, sin antecedente de vacunación, y sus padres, que llegaron al país el 18 de febrero desde la ciudad de París, Francia. El niño inició exantema el 20 de febrero; sus padres no presentaron exantema, pero fueron confirmados como positivos mediante pruebas de laboratorio. Los otros seis casos corresponden a niños de 1, 3, 5, 7, 9 y 10 años de edad, con fecha de inicio de exantema el 18 de marzo (dos casos), el 19 de marzo de 2019 (dos casos) y el

⁵ El 8% (2 casos) refirieron haber recibido una dosis, 19% (5) dos dosis, 8% (2) contaban con prueba de vacunación con una dosis y 31% (8) con prueba de vacunación con dos dosis.

27 de marzo (dos casos); todos ellos sin historia de vacunación y de un mismo grupo familiar. No existe relación epidemiológica entre los tres casos confirmados en febrero, con los otros seis casos identificados posteriormente.

El genotipo identificado en los tres casos importados fue D8 y el linaje MVs/Gir Somnath.IND/42.16.

- **Estados Unidos:** Entre el 1 de enero y el 11 de abril de 2019 se confirmaron 555 casos de sarampión en 20 estados: Arizona, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, Oregon, Texas, y Washington. Actualmente se reportan 6 brotes⁶ en curso en las siguientes jurisdicciones: estados de California (Condado Butte), Michigan, New York (condado de Rockland), New Jersey, Washington y la ciudad de New York. Estos brotes están relacionados a viajeros con antecedentes de viaje a Israel, Ucrania y Filipinas.

La mayoría de los casos no estaban vacunados.

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 provenientes de 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 de casos importados registrado desde que se eliminó el sarampión de Estados Unidos en el año 2000.

- **México:** Se notificó un caso importado confirmado por laboratorio. El caso es una mujer de 54 años, residente del estado de Nuevo León, con antecedente de viaje a Francia (París) y a Estados Unidos (San Antonio y Houston, Texas). El caso no tenía antecedente de vacunación contra sarampión e inició exantema el 10 de febrero de 2019. El genotipo viral identificado fue el B3.

- **Perú:** Se confirmó un caso en 2019. El caso corresponde a una mujer de 40 años, peruana procedente de España que ingresó a Perú el 21 de marzo. Inició exantema el 1 de abril, fue hospitalizada por neumonía. No se detectaron casos secundarios a este caso.

En 2018 se habían confirmado 42 casos, importados o relacionados a importación. No se registraron fallecidos. El 26% (11) de los casos fueron menores de 1 año. Los casos confirmados en 2018 procedían de Amazonas, Callao, Cusco, Ica, La Libertad, Lima, Piura y Puno.

- **Uruguay:** Se notificaron tres casos confirmados de sarampión. El primer caso que corresponde a una mujer de 44 años de edad, que inició exantema el 2 de abril, sin antecedentes de vacunación y que fue contacto del caso en turista europeo confirmado en Argentina. El segundo caso corresponde a una mujer de 42 años, sin antecedente de vacunación, que inició exantema el 27 de marzo y que tuvo antecedente de viaje a Tailandia. El tercer caso corresponde a un hombre de 51 años con antecedente de una dosis de vacuna contra el sarampión y que tuvo inicio de exantema el 6 de abril. De la investigación de este caso, surge el posible contacto con el caso confirmado en turista europeo confirmado en Argentina.

La identificación de los genotipos y linajes de los tres casos está en proceso.

- **Venezuela:** El brote que se inició en 2017 sigue activo. Entre la SE 26 de 2017 y la SE 13 de 2019, se notificaron 9.585 casos sospechosos (1.307 en 2017, 7.790 en 2018 y 488 en 2019), de los cuales 6.534 fueron confirmados (727 en 2017, 5.667 en 2018 y 140 en 2019). Los casos de 2018 fueron confirmados por los siguientes criterios: de laboratorio (2.201), clínico (2.659) y nexa epidemiológico (807); mientras que en 2019 también se confirmaron por laboratorio (85), criterio clínico (32) y nexa epidemiológico (23). 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).

El último caso confirmado por laboratorio, tuvo fecha de inicio de exantema el 30 de marzo de 2019, procedente del estado Anzoátegui, municipio Simón Bolívar.

La tasa de incidencia acumulada 2017-2019 en el país es de 20,4 casos cada 100.000 habitantes, y las mayores tasas de incidencia se registran en Delta Amacuro (214 casos cada 100.000 habitantes), Distrito Capital (126), Amazonas (77), Bolívar (55), Vargas (46) y Miranda (38).

Los casos confirmados con fecha de inicio de exantema entre las SE 1 y 13 de 2019 proceden de Zulia (76), Anzoátegui (43), Carabobo (9), Distrito Capital (4), Monagas (2), Cojedes (2), Amazonas (1), Aragua (1), Bolívar (1) y Miranda (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 sarampión-rubéola a los contactos de los casos sospechosos y confirmados en forma selectiva hasta los 39 años.

Sarampión en comunidades indígenas

- **Brasil:** Se notificaron 185 casos sospechosos en indígenas, de los cuales 145 fueron confirmados en el Estado de Roraima, dos (casos fatales) en el estado de Pará. La mayor parte de los casos confirmados en Roraima corresponden al Distrito Indígena de Salud de Auari, que limita con Venezuela.

- **Venezuela:** Entre las SE 1 y 52 de 2018, se confirmaron 513 casos en poblaciones indígenas de los estados de: Amazonas (149 casos, de los cuales 132 son de la etnia Sanema, 16 Yanomami, 1 Baniva), Bolívar (1 Pemón), Delta Amacuro (331 casos, todos de la etnia Warao), Distrito Capital (1 Wayú), Monagas (22 casos, 20 Warao, 1 Shaima y

⁶ Definido como 3 o más casos relacionados.

1 Eñepa) y Zulia (9 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 (26 de la etnia Sanema y 1 Yanomami).

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 contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis, 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) así como viajeros internacionales.
- Mantener una reserva de vacuna doble viral y/o triple viral y jeringas para acciones de control ante casos importados.
- 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.
- 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 dentro de los cinco días después de haberse recolectado la muestra y que los resultados de laboratorio estén disponibles oportunamente.
- 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).
- 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 edad⁷ 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.⁸



Bolivia, Tarija: Mueren dos militares por hantavirus

22 de abril de 2019 – Fuente: The Associated Press

Autoridades bolivianas informaron el 22 de abril que dos militares murieron y otros 160 están en observación por un brote de hantavirus en una escuela de entrenamiento en el sur del país.

El ministro de Defensa, Javier Eduardo Zavaleta López, confirmó que los fallecidos son dos oficiales y explicó que el caso ocurrió en la Escuela de Cóndores en Yacuiba, unos 750 kilómetros al sur de La Paz. La escuela es una unidad que forma militares de élite.

Las muertes se produjeron la semana pasada, pero recientemente las pruebas dieron positivo para hantavirus, por lo que el fin de semana se decidió evacuar a 160 personas –entre militares y personal civil de la escuela– hasta la ciudad de Santa Cruz, informó Fernando Sattori Gutiérrez, secretario de Desarrollo Humano.

Las autoridades de salud locales reportaron que nueve uniformados tuvieron contacto directo con los fallecidos.

En un comunicado, el Ejército lamentó el fallecimiento de dos de sus oficiales e informó que se han designado centros de aislamiento en tres ciudades –La Paz, Cochabamba y Trinidad– para personas que hayan ido recientemente a la escuela.

En Bolivia, según datos del Ministerio de Salud, el año pasado se reportaron 74 casos de hantavirus. Dos soldados murieron por la enfermedad al contagiarse mientras realizaban la erradicación de cicales en la localidad de La Asunta, al norte de La Paz.

⁷ 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.

⁸ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

Después de cuatro años de descenso, la tasa de incidencia de la tuberculosis volvió a crecer en Brasil en 2016 y 2017, y el número de infecciones multirresistentes se triplicó en una década, llegando a 1.000 sólo el año pasado, según datos del Ministerio de Salud.

Enfermedad con una relación directa con las condiciones socioeconómicas de la población, la tuberculosis registró un aumento, que los expertos atribuyen principalmente a la crisis económica que afectó al país en los últimos años, lo que habría disminuido las inversiones en el sistema de salud y afectó la vida de la población en aspectos que contribuyen a la infección, como las viviendas inadecuadas y sin circulación de aire.

El propio Ministerio de Salud pone de relieve la crisis, junto con las mejoras en el diagnóstico, como una de las posibles causas del aumento de la incidencia. "El aumento de la incidencia de la tuberculosis en los dos últimos años puede representar una ampliación del acceso a las herramientas de diagnóstico, pero también puede estar relacionado con los desafíos en el control de la enfermedad debido a la determinación social, al lado de la importante crisis económica por la que el país ha pasado en los últimos años", destacó la cartera.

El documento indica que la tasa de incidencia cada 100.000 habitantes, que era de 34,1 en 2015, pasó a 34,3 en 2016 y alcanzó 35,3 en 2017. El año pasado, la tasa tuvo una leve caída (quedó en 34,8), pero sigue siendo superior al coeficiente registrado en 2014 y 2015.

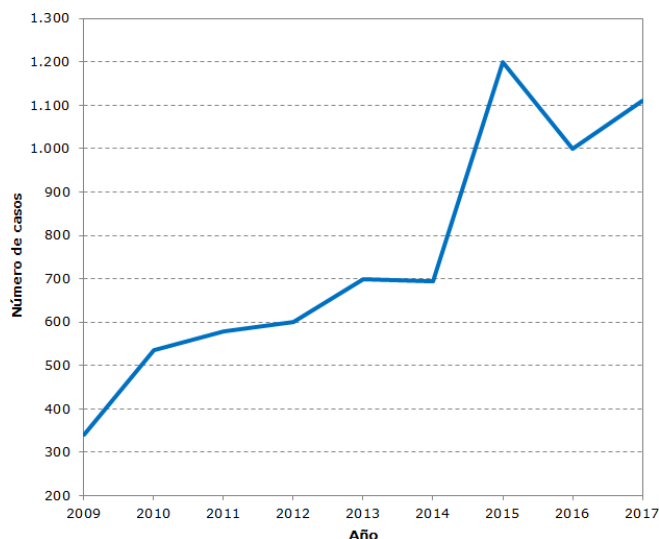


Gráfico 2. Casos de tuberculosis multirresistente. Brasil. Años 2009/2017. Fuente: Ministério da Saúde.

Sólo en 2017, 73.200 personas fueron infectadas por la enfermedad en Brasil, de las cuales 1.100 presentaron la forma multirresistente, el triple de lo registrado en 2009, cuando sólo 339 pacientes presentaron la infección resistente. El índice de mortalidad por tuberculosis permanece estable en el país, pero la enfermedad, aunque curable y con tratamiento gratuito en la red pública, aún mata a unos 4.500 brasileños al año.

Causas

Para los especialistas en el tema y los activistas en el combate a la enfermedad, la contingencia de los recursos públicos en el período de crisis fue determinante para este escenario de empeoramiento. "El aumento de la incidencia es una respuesta al deterioro de los servicios de salud. Hay mucha rotación de los profesionales de la salud, no reciben una formación adecuada, no hay identificación con la comunidad y el diagnóstico termina siendo tardío", dice la neumóloga Margareth Maria Pretti Dalcolmo, investigadora de la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ).

El psicólogo Carlos Roberto Pereira Lima, miembro de la secretaría ejecutiva del Foro Tuberculosis de Rio de Janeiro –el estado con la mayor tasa de incidencia de la enfermedad en Brasil, después de Amazonas–, cita como ejemplo del debilitamiento del Sistema Único de Salud (SUS) el reciente anuncio de cierre, por parte del Estado, del principal hospital público para tratar la enfermedad en el estado. "El Hospital Santa María estaba, incluso, especializado en el tratamiento de casos multirresistentes. La gente avanza un poco y luego tiene un retroceso gigantesco", dijo.

"El empeoramiento en las condiciones de vida de los brasileños en los últimos años también contribuyó a este escenario negativo", destacó Carlos Eduardo Gouvêa Basília, coordinador del Observatorio Tuberculosis Brasil. "Esta enfermedad no es sólo un factor infeccioso aislado, está dentro de un contexto social. No me sorprende que, con el empobrecimiento, el desempleo masivo y la disminución de inversiones, la enfermedad vuelva a crecer".

Un ejemplo de cómo la tuberculosis tiene un fuerte vínculo con las condiciones de vida de la población es la incidencia de la enfermedad en las *favelas* cariocas. "Mientras en Brasil la tasa es de unos 35 casos cada 100.000 habitantes, en la *favela* Rocinha, llega a 300", comentó Dalcolmo.

Más análisis

Según la coordinadora del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud, Denise Araki-Sanchez, aún son necesarios análisis más detallados para verificar las causas del aumento de la incidencia de la tuberculosis en los últimos años. "Uno o dos años de crecimiento en la incidencia es poco tiempo para decir si la enfermedad, de hecho, ha vuelto a aumentar o si ha crecido la notificación debido a las mejoras en el diagnóstico. De cualquier forma, para que no nos sorprenda en el futuro, vamos a realizar en mayo una reunión con expertos para

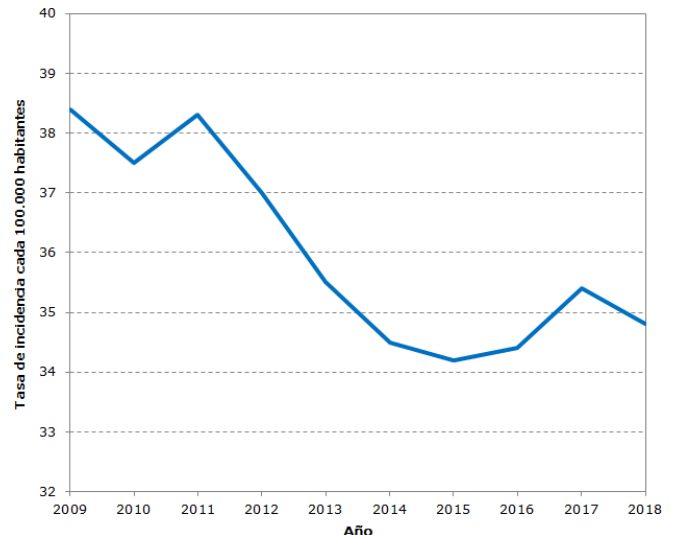


Gráfico 1. Tasa de incidencia de tuberculosis cada 100.000 habitantes. Brasil. Años 2009/2018. Fuente: Ministério da Saúde.

comprobar si ese aumento es real y definir qué hacer”, dijo. La funcionaria citó además, como otro factor que explicaría el aumento, un trabajo más activo del ministerio en los últimos años en la búsqueda de casos entre la población carcelaria, uno de los grupos más afectados.

En cuanto a las infecciones multirresistentes, la coordinadora dijo que el número de casos creció de forma expresiva debido a la inclusión en el SUS, en 2014, de una prueba rápida molecular que verifica la resistencia de la bacteria a la rifampicina, uno de los principales antibióticos usados en el tratamiento. “Los casos diagnosticados están aumentando, pero la resistencia en Brasil sigue baja, principalmente porque aquí los medicamentos son administrados por el gobierno, no se venden en farmacia, lo que evita su uso indiscriminado”, destacó Arakaki-Sanchez.

Para Dalcolmo, sin embargo, aunque la inclusión de la prueba rápida ha aumentado, de hecho, el número de diagnósticos de casos multirresistentes, ese no es el único factor que explica el alza. “Ha crecido la resistencia a algunos medicamentos y, además, la ocurrencia de casos multirresistentes es favorecida por las situaciones de los enfermos crónicos, que dan vueltas por la red sin su diagnóstico o sin seguimiento en el tratamiento. Si la enfermedad no es tratada adecuadamente, puede volverse más resistente”, dijo.

Una paciente recibe su diagnóstico correcto después de consultar tres médicos

Se necesitaron tres consultas con especialistas y un mes de angustia para que la auxiliar administrativa Érica Barbosa Decaris, de 31 años, tuviera el diagnóstico correcto de su problema de salud. Incluso con tos persistente y mucho dolor en la espalda, ninguno de los dos médicos que ella consultó inicialmente pensó que tenía tuberculosis.

“Primero, fui a un servicio de emergencia del SUS y el médico dijo que era neumonía. Hice el tratamiento, pero luego volvieron los síntomas, así que decidí pagar a un médico privado y me dijo que era una inflamación en los bronquios, pero el tratamiento tampoco me mejoró. Recién el tercer médico dijo que podía ser tuberculosis y me orientó para hacer el examen”, contó ella, que tuvo la enfermedad el año pasado. “Creo que los médicos no están preparados para situaciones como estas”, concluyó.

Para Dalcolmo, es “inadmisible” ese retraso en la detección. “Es injustificable que en un país con más de 70.000 casos, nuestros pacientes estén siendo diagnosticados tardíamente”, subrayó.

La demora en el diagnóstico hizo que Decaris iniciara el tratamiento cuando la enfermedad ya estaba más avanzada. “Yo ya estaba tosiendo con sangre y la enfermedad había afectado a los dos pulmones”, contó.

Después del diagnóstico, la auxiliar administrativa pasó a ir diariamente al puesto de salud durante seis meses para tomar los medicamentos. En Brasil, el tratamiento contra la tuberculosis sólo se ofrece en la red pública y los medicamentos son de uso exclusivo de los servicios de salud, o sea, no pueden ser comprados en una farmacia. “Al principio fue muy difícil, porque sentía dolor en el cuerpo y mareos a causa de los medicamentos, pero me apegué al pensamiento de que cada día que iba al puesto era un día menos en mi tratamiento”, relató.

Decaris tuvo que abandonar su trabajo por cuatro meses, usar mascarilla al inicio del tratamiento y dormir en la sala por algunos meses pues, mientras no estuviera curada, la recomendación era no compartir la habitación con su hermano para evitar el riesgo de transmisión. Pero lo que más molestó a la paciente fue el preconceito de sus amigos. “La gente me veía en la calle con la mascarilla y no conversaban ni se acercaban. Siempre fui bien atendida en el puesto de salud en la parte médica, pero creo que faltó una red de apoyo psicológico”.



Estados Unidos: Brote multiestatal de listeriosis vinculado a carnes frías y quesos cortados

17 de abril de 2019 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y varios estados están investigando un brote multiestatal de infecciones por *Listeria* vinculado a carnes frías y quesos cortados en tiendas o secciones *deli*. El Servicio de Inocuidad e Inspección de los Alimentos del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA-FSIS), y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos están monitoreando el brote.

Los investigadores de salud pública están usando el sistema PulseNet para identificar los casos de enfermedad que pueden ser parte de este brote. PulseNet es la red nacional de subtipificación de los laboratorios de agencias de salud pública y agencias reguladoras de los alimentos, coordinada por los CDC. La identificación genética se realiza en bacterias *Listeria* aisladas de personas enfermas, mediante el uso de una técnica llamada secuenciación del genoma completo. La red PulseNet de los CDC administra la base de datos nacional de estas huellas genéticas a fin de identificar los posibles brotes. La secuenciación del genoma completo realizada en bacterias *Listeria* aisladas de personas enfermas en este brote mostró que las bacterias están muy relacionadas genéticamente. Esto significa que las personas afectadas en este brote tienen más probabilidad de compartir una fuente común de infección.

Hasta el 15 de abril de 2019, cuatro estados habían notificado un total de 8 personas infectadas por la cepa de *Listeria monocytogenes* de este brote: Pennsylvania (3 casos), Michigan (2), New York (2) y New Jersey (1).

Entre el 13 de noviembre de 2016 y el 4 de marzo del 2019, se recolectaron muestras de *Listeria* de personas enfermas. La edad de las personas enfermas varía desde los 40 hasta los 88 años, con una mediana de edad de 57. El 38% de las personas enfermas son mujeres. Las 8 personas enfermas (100%) fueron hospitalizadas. Se ha notificado una muerte en Michigan.

Los hallazgos epidemiológicos y de laboratorio indican que las carnes frías y los quesos cortados en tiendas o secciones *deli* podrían estar contaminados con *Listeria monocytogenes* y hacer que las personas se enfermen.

En las entrevistas, las personas enfermas respondieron preguntas acerca de los alimentos que consumieron y otras exposiciones que tuvieron durante las cuatro semanas anteriores a que enfermaran. De las 6 personas entre-

vistadas, 5 (83%) dijeron haber consumido productos cortados en el mostrador de una tienda o sección *deli*, como carnes frías y quesos. Las tiendas y secciones *deli* donde las personas enfermas realizaron las compras servían productos de muchas marcas distintas y hay información limitada sobre las marcas de los alimentos que esas personas compraron.

El USDA-FSIS y la FDA evaluaron los registros que los inspectores estatales recopilaron de las tiendas y secciones *deli* donde las personas enfermas comieron para determinar si hay algún producto de carne fría o queso en común que se haya servido en esos lugares. El análisis de la documentación disponible no pudo identificar un producto en común. El USDA-FSIS y la FDA seguirán ayudando con la investigación en caso de que surja información adicional.

La cepa de *Listeria monocytogenes* del brote ha sido identificada en muestras de carne cortada en una tienda tipo *deli*, y en mostradores de tiendas o secciones *deli* en múltiples sitios minoristas en New York y Rhode Island. La secuenciación del genoma completo mostró que la cepa de *Listeria* de estas muestras está muy relacionada genéticamente con la cepa de *Listeria* de las personas enfermas. Este resultado proporciona más evidencia de que las personas afectadas en este brote se enfermaron por comer productos cortados en tiendas o secciones *deli*. Hasta el momento, la investigación no ha identificado un producto común que se haya cortado o preparado en las tiendas o secciones *deli*.

Este brote es un recordatorio de que los productos tipo *deli*, como las carnes frías y los quesos cortados, pueden tener bacterias *Listeria*. Las personas que tienen mayor riesgo de contraer una infección por *Listeria* deben evitar comer carnes para sándwich, cortes fríos (fiambres) u otros embutidos, a menos que se los caliente hasta que alcancen una temperatura interna de 75°C o hasta que estén humeantes justo antes de servirlos.



Estados Unidos, New York: Alerta por aumento de casos de sífilis congénita

11 de abril de 2019 – Fuente: New York City Health (Estados Unidos)

La sífilis no tratada durante el embarazo puede tener consecuencias devastadoras en el niño por nacer, incluyendo muerte fetal. Los bebés nacidos vivos con sífilis congénita pueden manifestar anomalías del sistema nervioso central, huesos y articulaciones, dientes, ojos y piel.

En la ciudad de New York, el número de casos de sífilis congénita se incrementó 186% entre 2017 (7 casos) y 2018 (20 casos, datos preliminares). Este es el mayor número de casos de sífilis congénita que se han reportado en un año en la ciudad de New York en más de 10 años, e incluyó una muerte fetal a las 31 semanas de embarazo. Casi todas las madres de los casos de sífilis congénita de 2018 eran negras no hispanas (11 casos; 55%) o hispanas (6 casos; 30%). Más de la mitad (59%) de las madres de casos nacieron en Estados Unidos.

La sífilis congénita se puede prevenir mediante el tratamiento oportuno de la sífilis materna. Sin embargo, los síntomas de la sífilis pueden no ser evidentes, por lo que la detección serológica durante el embarazo es crítica. La Ley de Salud Pública del estado de New York exige la detección de sífilis en el primer examen de atención prenatal y en el parto. El Departamento de Salud e Higiene Mental de New York está documentando cada vez más casos congénitos resultantes de infecciones maternas por sífilis adquiridas después de una prueba de detección negativa al principio del embarazo; esto representó 55% de los casos de sífilis congénita en 2018.⁹



México: Pese a que aún no llueve, aumentó 250% la cifra de casos de dengue

22 de abril de 2019 – Fuente: La Jornada (México)

En los primeros tres meses y medio de 2019, los casos de dengue aumentaron 250%, al confirmarse 1.380 contra 398 del mismo periodo de 2018. Con estas cifras se rompe la tendencia a la baja en la transmisión, que se había mantenido en los seis años previos, pese a que todavía no empezó la temporada de lluvias, la que favorece la reproducción del mosquito transmisor del virus.

El incremento de la infección se observa desde la identificación de los casos probables, que subieron de 5.381 a 11.557 en el primer trimestre de los años mencionados.

La mayoría de los enfermos confirmados en 2019 se ubican en Veracruz, Chiapas, Jalisco, Quintana Roo y Tabasco. En este periodo, tres personas han muerto a causa de cuadros graves de la infección.

De los 1.380 casos confirmados de dengue en lo que va del año, la mayoría (844) no son graves, mientras 442 se clasificaron con signos de alarma y 94 graves.

Tradicionalmente, el dengue se presenta en climas tropicales y subtropicales del planeta, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, pero por diversos factores –entre ellos el cambio climático–, actualmente el mosquito transmisor *Aedes aegypti* ya se localiza en casi cualquier clima. En México se han reportado casos en prácticamente todo el territorio nacional de uno o varios de los cuatro serotipos virales existentes.

El desafío que plantea el dengue es que no hay un tratamiento específico para curarlo y sólo es posible atender los síntomas. En cuanto a la prevención, existe una vacuna y está disponible en el país desde 2016, pero debido a su alto costo, la Secretaría de Salud ha demorado su inclusión en el esquema de vacunación.



⁹ Puede consultar el documento completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Estrategias preventivas

La apuesta que se hizo en la anterior administración fue controlar el vector por medio de la limpieza de patios; evitar la acumulación de agua en charcos, recipientes u otros objetos en los que el mosquito deposita sus huevos, así como en la identificación temprana de su presencia en las zonas de mayor riesgo, a fin de combatirlo.

Para ello, en el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) se desarrolló un sistema de ovitrampas y se hacen investigaciones que buscaban identificar un mecanismo de esterilización de *Aedes aegypti* o de disminuir su capacidad de transmitir el virus del dengue y otros de los que también es responsable: fiebre zika, fiebre chikungunya y fiebre amarilla.

En cuanto al dengue, las acciones sanitarias lograron bajar de 64.000 casos confirmados en 2013 a 14.490 en 2017 y 13.333 en 2018. En esos años, se registraron 192, 65 y 75 decesos por esa causa, respectivamente.



República Dominicana: Registran aumentos en los casos de dengue, malaria, tos convulsa y enfermedad meningocócica

22 de abril de 2019 – Fuente: Ministerio de Salud Pública (República Dominicana)

La Dirección General de Epidemiología de República Dominicana, a través de su Boletín Epidemiológico 14, reportó un aumento del doble o más en los casos de dengue, malaria, tos convulsa y enfermedad meningocócica.

En el caso del dengue, informó que a la fecha ya son 1.391 las personas afectadas por esta enfermedad, mientras que en el mismo periodo del año 2018 se habían registrado 335, cifra que a su vez reflejaba un aumento respecto del año 2017, cuando los afectados fueron 268 personas.

Sobre la malaria, indicó que se confirmaron 136 casos acumulados hasta la semana epidemiológica 14, con dos defunciones, mientras que en ese mismo periodo del año pasado los casos registrados fueron 67, sin muertes.

Acerca de la tos convulsa, señaló que se han confirmado 63 casos a la fecha, con una muerte a causa de la enfermedad, en contraste con el año 2018, cuando en el mismo periodo se registraron 13 casos, sin fallecimientos, en tanto que en el año 2017 hubo 8 afectados, sin muertos a causa del padecimiento.

En cuanto a la enfermedad meningocócica, apuntó que se han notificado cuatro casos y ninguna defunción provocada por esta enfermedad hasta la semana epidemiológica 14, mientras que en el año pasado se informaron dos casos, con un fallecimiento.

El mundo



Angola, Huíla: Confirman un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Chibia

20 de abril de 2019 – Fuente: Televisão Pública de Angola (Angola)

Las autoridades sanitarias de la sureña provincia angoleña de Huíla confirmaron el 20 de abril la existencia de un caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, al tiempo que llamaron a la calma por considerar la situación controlada.

Un hombre de 33 años residente en el municipio de Chibia, a unos 750 kilómetros al sur de Luanda, fue inicialmente diagnosticado con dengue hasta que un laboratorio de referencia de África, no identificado, notificó que se trataba de esta fiebre hemorrágica, que se transmite por la picadura de garrapatas o el contacto con ganado infectado.

“Hoy ya está prácticamente recuperado”, dijo la jefa del Departamento de Salud Pública de la provincia de Huíla, Fátima Barros, quien añadió que se rastrearon todos los contactos del individuo y se tomaron otras medidas, que no enumeró.

En las redes sociales se dispararon las alarmas al manifestar que existía una epidemia de la enfermedad en Huíla, un hecho negado por el Ministerio de Salud.



España, Castilla y León: Desde principio de año se observa un incremento en el número de casos de parotiditis

15 de abril de 2019 – Fuente: Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León (España)

Desde el comienzo de 2019 (semanas epidemiológicas 1 a 14), se ha producido un aumento notable en las notificaciones de casos de parotiditis en Castilla y León, en comparación con el mismo período de 2018. Esta situación también se ha observado en España: en las primeras 11 semanas epidemiológicas (SE) de 2019 se han notificado 2.459 casos frente a los 1.781 casos del mismo periodo de 2018 (índice epidémico acumulado de 2,21). Además se han notificado brotes en colectivos universitarios en varias Comunidades Autónomas, como el que está afectando un centro universitario de la Comunidad de Madrid desde el pasado mes de marzo.

En 2018, se notificaron 648 casos de parotiditis (tasa de 26,90 cada 100.000 habitantes) al Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) de Castilla y León. La mayoría de las notificaciones durante 2018 fueron

casos aislados (521) y el resto, 127 (19,6%), asociados a 15 brotes de tamaño pequeño (media de 8 casos por brote); el mayor ocurrió en Aranda de Duero (Burgos) con 49 casos asociados. Desde principios de 2019 (SE 1 a 14), se han notificado 276 casos de parotiditis, 123 casos asociados a brotes (44,5%).

De las 276 notificaciones en las primeras 14 SE de 2019, el grupo de edad más afectado es el de 15 a 24 años (45%). La mayoría de los casos se clasificaron como confirmados (66%), y el resto se clasificaron como probables (5%) y sospechosos (29%). El 57,6% son varones (159 casos) y 42,4% mujeres. El 5% (8/159) de los casos masculinos han presentado orquitis como complicación, con edades comprendidas entre los 20 y 61 años, sin antecedentes de vacunación.

Todas las provincias han notificado casos, pero la mayoría se han registrado en Salamanca (160 casos).

El estado de vacunación con triple viral se conoce en la mayoría de los casos de 2019 (65%). El 48% de los casos tienen dos dosis de la vacuna, y sólo 10% no estaban vacunados. De los 227 casos en menores de 40 años, el 1,7% no está vacunado, 7% tienen una dosis de triple viral, 58,6% tienen registradas dos dosis, y en 31,7% el estado de vacunación es desconocido. Si bien este último porcentaje es importante, debe tenerse en cuenta que los datos son provisionales y en muchos de estos casos esa información no está disponible en los registros electrónicos.

La vacunación con triple viral es la mejor manera de prevenir la parotiditis. La vacuna es segura y efectiva. Una persona con dos dosis de triple viral tiene aproximadamente 88% de reducción en el riesgo de parotiditis; una persona con una dosis tiene 78% de reducción en el riesgo de parotiditis.¹⁰



Malawi: Comenzó una campaña de vacunación con la primera vacuna contra la malaria

23 de abril de 2019 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Un programa de vacunación a gran escala de lo que se ha llamado la primera vacuna contra la malaria que proporcionará protección parcial a los niños empezará el 24 de abril, en Malawi.

La vacuna RTS,S® entrena al sistema inmunológico a atacar al parásito de la malaria, que se propaga con la picadura de mosquitos.

Programas pilotos, realizados con anterioridad, demostraron que casi 40% de los menores entre 5 y 17 meses de edad que recibieron el tratamiento quedaron protegidos.

Esta última fase del programa está siendo coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señaló que la vacuna será la primera en ofrecer algún tipo de protección a los niños.

“Este es un día para celebrar a medida que empezamos a conocer más sobre lo que esta herramienta puede lograr para cambiar la trayectoria de la malaria a través de la vacunación infantil”, declaró la Dra. Matshidiso Moeti, directora regional de África de la OMS.

“La malaria es una amenaza constante entre las comunidades africanas donde esta vacuna será aplicada. Los niños más pobres son los que más sufren y los que están en mayor riesgo de morir”, resaltó Moeti.

La vacuna necesita ser aplicada cuatro veces: una vez al mes durante tres meses y luego una cuarta dosis 18 meses después.

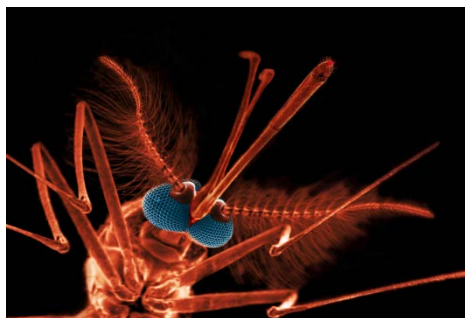
El programa piloto está diseñado para generar evidencia y experiencia que informará la política de recomendaciones de la OMS para el uso más amplio de la vacuna.

Analizará la reducción en las muertes infantiles; la adopción de la vacuna, incluyendo si los padres están llevando a sus hijos a tiempo para recibir las cuatro dosis requeridas y la seguridad de la vacuna en el contexto de su aplicación rutinaria.

Los casos de malaria parecen ir en ascenso otra vez tras una década de éxitos combatiendo la mortal enfermedad. Según las más recientes cifras anuales, los casos mundiales de malaria han dejado de disminuir, lo que ha generado preocupación de su resurgimiento.



La vacuna ya ha sido administrada en programas pilotos.



Más de 90% de las personas que tanto resultaron infectadas como de las 435.000 que murieron estaban en África. Los menores son particularmente vulnerables.

Malawi, que registró casi cinco millones de casos confirmados en 2017, fue el país escogido, junto con Kenya y Ghana, para el inicio de un gran programa piloto de la vacuna RTS,S®.

Tres décadas en desarrollo

Esos países fueron escogidos porque ya han implementado amplias estrategias contra la malaria, incluyendo el uso de mosquiteros, pero todavía registran un alto número de casos.

La vacuna lleva desarrollándose más de tres décadas, después de que científicos de la compañía farmacológica GlaxoSmithKline la crearan en 1987.

¹⁰ Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).

Instituciones han realizado pruebas durante años, incluyendo Path Malaria Vaccine Initiative, una organización internacional sin fines de lucro, a un costo estimado de 1.000 millones de dólares.

En pruebas clínicas, se encontró que la vacuna previene aproximadamente 4 de cada 10 casos de malaria, incluyendo 3 de 10 casos de malaria severa que amenaza de muerte.

La eficacia aproximada de 40% no es muy alta si se compara con las vacunas para otras enfermedades, pero la OMS dice que RTS,S® añadirá a las medidas preventivas existentes, como los mosquiteros e insecticidas.

“Una vacuna que sea altamente eficaz, de alrededor de 90%, no está a la vista en este momento. Pero esta vacuna se aproxima a demostrar que una vacuna contra la malaria sí puede fabricarse. Será una precursora”, declaró Mary Hammel, de la OMS.

Se espera que esta etapa del programa piloto se complete para 2023, según la organización Path.

El piloto empieza en Malawi primero, el 24 de abril, y luego se extenderá a Kenya y Ghana en las próximas semanas.



Activistas contra la enfermedad durante mucho tiempo han exigido una manera efectiva de tratar la malaria.



Yemen: Gran aumento en los casos de cólera

18 de abril de 2019 – Fuente: Oxford Committee for Famine Relief

Aumentan los temores de estar ante el peor brote de cólera en el mundo, a causa de un resurgimiento masivo de casos, mientras las agencias de ayuda en Yemen luchan por llegar a casi 40.000 personas sospechosas de tener la enfermedad. Los combates y las restricciones al acceso –incluidos los puestos de control y los requerimientos de permisos impuestos por las partes en conflicto–, hacen que sea extremadamente difícil llegar a algunas áreas afectadas.

El número de casos sospechosos ya está en aumento, y es probable que la inminente temporada de lluvias acelere la propagación de la enfermedad debido a las inundaciones y la contaminación de las fuentes de agua. En las últimas dos semanas de marzo, se reportaron alrededor de 2.500 casos sospechosos cada día, un aumento de alrededor de 1.000 por día en febrero. Eso es más de 10 veces más que el número de casos reportados y muertes asociadas durante el mismo período de 2018.

Más de 3.000 personas han muerto desde que comenzó el brote en 2016. En su punto más alto en junio de 2017, se registraban 7.000 casos sospechosos cada día y el brote fue descrito como el peor en la historia de la humanidad por la Organización Mundial de la Salud. Se calcula que si los nuevos casos sospechosos continúan siendo identificados a las tasas actuales para el resto del año, este aumento en el brote superará al de 2017.

Muhsin Siddiquey, Director de Oxfam para Yemen, dijo: “La población de Yemen ya ha soportado el peor brote de cólera en la historia, en medio de más de cuatro años de guerra y el colapso de la economía del país. Permitir que esta enfermedad se propague de nuevo por todo el país y cause aún más muertes innecesarias sería una mancha en la conciencia de la humanidad. La comunidad internacional necesita con urgencia garantizar un acceso seguro, protegido y sin trabas a la ayuda humanitaria para todas las personas necesitadas en todo el país”.

Se calcula que unas 195.000 personas han contraído la enfermedad en lo que va del año, de las cuales más de 38.000 están en distritos difíciles de alcanzar por las agencias de ayuda. A principios de este mes, Oxfam se vio obligado a reubicar su oficina en Shafar, en la provincia norteña de Hajjah, cuando los combates llegaron a las afueras de la ciudad. La organización proporciona agua potable y dinero en efectivo para la compra de alimentos a más de medio millón de personas en los distritos cercanos.

Los combates continúan en varios frentes de batalla en todo el país, incluyendo Al-Hudaydah, Ta'izz y Hajjah, tres gobernaciones en las que se ha informado la mayoría de las muertes relacionadas con el cólera.

El conflicto continuo, los ataques aéreos y las restricciones de acceso han dejado a 14 millones de personas que se enfrentan al hambre en Yemen. Casi la mitad de los niños de entre 6 meses y 5 años padecen desnutrición crónica.

El actual conflicto ha provocado un deterioro de los sistemas de agua y saneamiento en todo Yemen. El agua potable y el saneamiento adecuado son esenciales para prevenir el cólera. La Organización de Naciones Unidas estima que hay 17,8 millones de personas en Yemen que necesitan ayuda para obtener agua potable.

Solo la mitad de los establecimientos de salud funcionan en Yemen y muchas personas no pueden pagar el costo del tratamiento.

Siddiquey dijo: “Con los empleos destruidos y los salarios sin pagar, el papel de las agencias de ayuda que operan en Yemen, que proporcionan a las personas agua potable, alimentos y ayuda médica, es más vital que nunca. Los retrasos impuestos en la entrega de ayuda amenazan la vida de más de un millón de yemeníes ya agotados por cuatro años de guerra”.

Oxfam y sus asociados locales están trabajando para prevenir la propagación del cólera en partes de las gobernaciones de 'Amran, Ta'izz y Al-Dale'e, incluyendo el transporte de agua potable en camiones cisterna, la reparación de los sistemas de agua y saneamiento y la distribución de jabón, detergente, lavabos y bidones. Oxfam también está ayudando a las autoridades sanitarias y equipos de respuesta locales a difundir información sobre cómo se transmite el cólera, sus síntomas y su prevención.

Dos amplios estudios realizados en entornos reales han concluido que el tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) con antivirales de acción directa (DAA) lograría la curación de la práctica totalidad de quienes completaran el ciclo de tratamiento.

Estos hallazgos muestran que los tratamientos con DAA proporcionados a gran escala tienen la capacidad potencial de promover la erradicación de la infección. Para ello, sería importante que los tratamientos tuvieran unos precios asumibles –cosa que no sucede en la actualidad– y que se realizaran esfuerzos importantes para realizar pruebas de cribado que hicieran aflorar todas aquellas infecciones no detectadas, que son muy numerosas dada la lenta y asintomática evolución de la infección en ausencia de tratamiento.

El primero de los dos estudios evaluó el uso de la combinación sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa®), una combinación de DAA pangenotípica –efectiva frente a todos los genotipos del VHC– administrada durante doce semanas. Un total de 5.340 personas pertenecientes a 12 cohortes de Europa y Norteamérica fueron incluidas en el estudio. Todas ellas iniciaron el tratamiento con sofosbuvir/velpatasvir antes de noviembre de 2018. Se excluyó del estudio a todas aquellas personas con cirrosis hepática descompensada, aquellas con tratamientos superiores a 12 semanas y a quienes habían experimentado fracasos previos a tratamientos basados en sofosbuvir o daclatasvir.

Los participantes tenían una edad promedio de 54 años, 52% eran hombres, 3,7% estaban coinfectados por el VIH, 13,2% tenían historial de uso de drogas intravenosas y 20,7% tenían cirrosis hepática compensada. El 30% tenían infección por el VHC de genotipo 1 y 33% la tenían por el VHC de genotipo 3.

Según un análisis por intención de tratar, 92,7% de los participantes obtuvieron respuesta virológica sostenida a las 12 semanas de finalizar el tratamiento (RVS12, sinónimo de curación). Dos tercios de quienes no obtuvieron RVS12 se perdieron en el seguimiento y 26% interrumpieron el tratamiento de forma precoz por razones no especificadas. Solo 1,4% de quienes iniciaron el tratamiento experimentaron fracaso virológico. Así, al contemplar solo aquellos casos en los que los participantes finalizaron el tratamiento de 12 semanas, las tasas de curación aumentaron hasta 98,5%. No se observaron diferencias en las tasas de respuesta en función de genotipo, grado de fibrosis o características de los pacientes.

El segundo de los estudios incluyó a 1.698 participantes alemanes que formaban parte de la cohorte establecida por el Registro Alemán de casos de Hepatitis C (DHC-R). Todos ellos tomaron glecaprevir/pibrentasvir (Maviret®) una combinación que –como en el caso anterior– presenta una actividad pangenotípica.

El 69% de los participantes eran hombres y la mediana de la edad era de 43 años. El 53% tenía infección por VHC de genotipo 1 y 35% la tenía por VHC de genotipo 3. El 84% de los participantes no tenía experiencia en tratamientos previos y no tenían cirrosis hepática, por lo que fueron tratados durante solo 8 semanas.

Una cuarta parte de la cohorte se encontraba en tratamiento con terapia de sustitución con opioides, 3% eran usuarios activos de drogas intravenosas y 15% presentaba una enfermedad psiquiátrica. Se trataba, por estas causas, de una población a quienes se había vetado el acceso a los tratamientos contra el VHC en el pasado, por lo que unos buenos resultados en el estudio deberían ser interpretados como un fuerte apoyo al tratamiento de todas las personas con el VHC de forma independiente a sus características individuales.

Y, de hecho, los resultados fueron difícilmente mejorables: según un análisis por intención de tratar, 97% de los participantes obtuvieron la curación. No se observaron diferencias de efectividad en función de ninguno de los parámetros analizados. La combinación fue muy bien tolerada, con solo tres casos de abandono del tratamiento por efectos adversos. Seis personas experimentaron reinfección tras el tratamiento y cinco personas experimentaron fracaso virológico.

Los resultados muestran la elevada efectividad de los antivirales de acción directa frente al VHC de forma independiente a características particulares de los pacientes o del genotipo del virus, por lo que ya no tiene sentido que dichos parámetros sean tenidos en cuenta de cara a contemplar o no el acceso al tratamiento. Además, dicha altísima efectividad puede jugar un papel esencial –junto al cribado y a la reducción de los precios de estos tratamientos– en una futura erradicación de la hepatitis C.¹¹

¹¹ Las investigaciones presentadas en reuniones por lo general se consideran preliminares hasta que se publiquen en una revista revisada por profesionales.



**CÂNCER DE MAMA:
É PRECISO FALAR DISSO.**

Toda mulher é única.
Suas mamas também.

Olhe, palpe, sinta o que é normal e o que não é em suas mamas. Se perceber alterações que não são habituais, procure um serviço de saúde.

A mamografia de rotina é recomendada para mulheres de 50 a 69 anos. Informe-se e decida o que é melhor para você.





Sistema Único de Saúde (Brasil. 2014)

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.