



Reporte Epidemiológico de Córdoba

11 DE OCTUBRE
2019
REC 2.243

CÓRDOBA

- Los hospitales activan la vigilancia por el sarampión
- Nuevos casos de triquinelosis en Marcos Juárez y Santa María

ARGENTINA

- Vigilancia de sífilis temprana y sin especificar en varones
- Argentina está dentro de un escenario regional de epidemia de dengue
- Detalles sobre el mayor brote de hantavirus transmitido de persona a persona

AMÉRICA

- América Latina: El reto de vacunar o no contra el dengue
- Estados Unidos: Continúan aumentando las infecciones de transmisión sexual
- Estados Unidos: El país se aferra a su estatus de “libre de sarampión”

EL MUNDO

- China: Se eliminó el tracoma como problema de salud pública
- Malasia: Situación epidemiológica de la rabia en Sarawak
- Nigeria: Situación epidemiológica de la fiebre amarilla
- República Democrática del Congo: El sarampión causa más de 4.000 muertes este año
- Sudán: Situación epidemiológica del cólera
- Derechos humanos como medicina para las tres grandes pandemias

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARIÁS

Editores Asociados

PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // GERMÁN BERNARDI // JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // MARÍA BELÉN BOUZAS // JAVIER CASELLAS // ISABEL CASSETTI // ANA CEBALLOS // SERGIO CIMERMAN // FANCH DUBOIS // SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ÁNGELA GENTILE // NORA GLATSTEIN // SUSANA LLOVERAS // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ // TOMÁS ORDUNA // DOMINIQUE PEYRAMOND // DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES // CHARLOTTE RUSS // HORACIO SALOMÓN // EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER // CARLA VIZZOTTI

Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero



Asociación
Parasitológica
Argentina



Comité Nacional de
Infectología
Sociedad Argentina de Pediatría

SAVE
SOCIEDAD ARGENTINA
DE VACUNOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA



CMPC
Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba



Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

UCC
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA
JESUITAS

S.A.D.I.

DDNA
DEFENSORÍA DE LOS DERECHOS
DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Revista Panamericana
de Enfermedades
Infecciosas

Los equipos de salud de hospitales y clínicas de Córdoba deberán estar más atentos a los síntomas de fiebre y erupción en la piel. Las autoridades sanitarias pidieron intensificar la vigilancia, debido al brote de sarampión registrado a nivel nacional. También solicitaron a la población que mantenga el carné de vacunación al día.

Ana Ester Cudolá, secretaria de Prevención y Promoción de la Salud, informó: “Hemos intensificado la vigilancia y reforzamos las medidas de vacunación. Como el virus del sarampión no circula en Argentina hace 19 años, hay médicos que nunca vieron un caso. Todos debemos estar atentos”.

Por su parte, Sandra Marcela Belfiore, responsable de Inmunizaciones del Ministerio de Salud provincial, informó que algunos pacientes pueden presentar esos dos síntomas, en forma leve, y transmitir la enfermedad sin saberlo.

“Reforzamos las acciones de vigilancia, comunicación e información a los equipos de salud para que estén alertas, refuercen los controles de dosis de vacunas recibidas, especialmente en adultos, y desarrollen acciones de control de carné y vacunación en los colegios”, dijo por su parte Gabriel Acevedo, secretario de Salud de la Municipalidad de Córdoba.

El sarampión es muy contagioso. El Comité de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) dijo que nueve de cada 10 personas susceptibles pueden contraer la enfermedad si entran en contacto con el virus.

Ana Ceballos, jefa del Comité de Infectología local de la SAP, agregó que se necesitan dos dosis para que los niños estén correctamente protegidos. El carné nacional de vacunación establece una primera dosis de la vacuna triple viral a los 12 meses y un refuerzo al ingreso escolar. Esa vacuna también protege contra la rubéola y la parotiditis.

El 91% de los niños de 12 meses recibió la primera dosis en Córdoba en 2018. La cobertura alcanzó al 100% en el inicio escolar. Para que un plan de inmunizaciones sea efectivo debe alcanzar a 95% de la población objetivo.

Riesgo latente

Los últimos casos locales de sarampión en Argentina se registraron en el año 2000. Desde ese entonces, todos los reportes estuvieron relacionados con la importación.

Sin embargo, en la segunda mitad de este año, comenzaron a registrarse en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires los primeros casos sin vínculo epidemiológico con el extranjero. Es decir, de personas que no habían salido del país.



“El virus puede estar circulando en el país”, alertó Belfiore, quien indicó que Argentina puede perder el estatus de “libre de sarampión” si se comprueba la presencia sostenida del germen en territorio local durante más de 12 meses.

El último reporte del Boletín Epidemiológico de la Nación confirmó 26 casos en Argentina, de los cuales 19 no tienen vínculo

con el exterior. También se confirmaron los dos primeros en Santa Fe.

El reporte, del 4 de octubre, indica que en Córdoba hay siete casos de enfermedad febril exantemática, que además de sarampión, engloba a la rubéola. Son pacientes con síntomas compatibles, pero a quienes les falta el diagnóstico.

Además, en la provincia hay 26 casos “no conclusivos”, esto quiere decir que faltan nuevos estudios para confirmar el diagnóstico. Y 27 descartados. Cudolá informó que, hasta el momento, no hay ningún caso confirmado en Córdoba.

Una mancha que avanza

El contexto internacional no ayuda. En América ya se confirmaron este año más de 4.500 casos. Brasil y Estados Unidos son los más afectados. En Europa, hasta agosto de este año se reportaron 90.000 diagnósticos, superando lo registrado en todo 2018, con 84.462 confirmaciones.

“El sarampión está avanzando en el mundo. En Europa, por ejemplo, cada región tiene su propio carné de vacunación. Y entonces hay países, como Francia, con coberturas que apenas llegan a 50% de la población. El virus se aprovecha de esta anarquía para reaparecer”, indicó Ricardo Rüttimann, miembro de la Comisión de Vacunas de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

“Desde el año pasado, la enfermedad viene avanzando en el mundo, como una mancha, a un ritmo acelerado. El mensaje debe ser claro: todo aquel que tenga fiebre o erupciones en la piel debe consultar al médico. Y el profesional, a su vez, notificar a las autoridades”, resumió Ceballos.

El Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, a través del Área de Epidemiología, informó sobre la ocurrencia de nuevos casos de triquinelosis en diferentes localidades, y advirtió sobre los riesgos de consumir o comprar carne de cerdo de dudosa procedencia o sin la inspección sanitaria correspondiente.



Los nuevos casos corresponden a 16 personas de las localidades de Marcos Juárez y Alta Gracia, quienes fueron atendidas de manera ambulatoria, recibieron el tratamiento antiparasitario y actualmente se encuentran en buen estado de salud.

Estas notificaciones se suman a las ya registradas durante meses anteriores. En lo que va de 2019 los casos ascienden a 97, de los cuales 51 están relacionados con los

brotos en curso en las localidades de Marcos Juárez (3), Alta Gracia (13), Colonia Cuatro Esquinas (10), Villa Cura Brochero (18) y Río Cuarto (7).

La investigación y los controles pertinentes están siendo llevados a cabo por el Programa de Zoonosis, la Dirección General de Fiscalización y Control del Ministerio de Agricultura y Ganadería de la Provincia, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria y organismos locales de bromatología; con participación al Área de Faenamiento e Industrialización de Carnes del Ministerio de Agricultura y Ganadería y de la dirección de Control de la Industria Alimentaria del Ministerio de Industria, Comercio y Minería.

Hasta ahora, los alimentos sospechosos provienen de faenas familiares, venta ambulante y también de venta en comercios.

Argentina



ARGENTINA ESTÁ DENTRO DE UN ESCENARIO
REGIONAL DE EPIDEMIA DE DENGUE

08/10/2019

En septiembre de este año, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica por la situación que vive la región de las Américas respecto al dengue. La situación de crisis que vive Honduras, sumado a grandes brotes en Guatemala, Colombia y Brasil hizo que más de dos millones de personas fueran afectadas por el virus. La advertencia acaba de ser ratificada por la Fundación Mundo Sano, una ONG que trabaja en la lucha de enfermedades desatendidas en la región. Un informe elaborado por la entidad asegura que para este año se espera un “escenario de epidemia” en el continente, incluyendo a Argentina, que viene padeciendo un aumento de casos en varias zonas del país. Ante este cuadro de

situación, la organización recomienda realizar campañas preventivas, y trabajar en las formas de eliminación del mosquito trasmisor.

El informe “Dengue-Situación Epidemiológica en las Américas 2019” fue dado a conocer por Mundo Sano esta semana, como parte de su labor preventiva de las enfermedades desatendidas u olvidadas. “Luego que en 2017 y 2018 se observara una reducción significativa de casos de dengue en todas las regiones, la situación registrada en las primeras 37 semanas epidemiológicas (SE) de 2019, muestra un repunte preocupante que debiera priorizar la agenda de salud de los países de la Región del Cono Sur”, alerta el trabajo.

Sobre la situación argentina, Mundo Sano alertó que en las primeras 27 SE del año, se registraron 2.965 casos (confirmados y probables). Entre las SE 11 y 23 se concentró 77% de los casos. De acuerdo al Boletín Epidemiológico Nacional, 90% de los casos se focalizaron en cuatro provincias. En tanto, Jujuy y Misiones registraron casos con el serotipo DENV-4, potencialmente el más peligroso ya que genera casos hemorrágicos. En el resto del país solo se identificó el serotipo DENV-1. “Si bien *Aedes aegypti* está presente todo el año en las provincias del centro y norte de Argentina, tiene una dinámica marcadamente estacional, aumentando sus índices de infestación entre los meses de octubre a mayo, coincidiendo con el período de circulación viral de dengue”, sostuvo el informe. Es por ello que “ante el escenario de riesgo descrito anteriormente que se está registrando en Centroamérica, México y los Estados del norte de Brasil, es imprescindible comenzar a planificar las acciones de prevención, reducción de la carga ambiental de potenciales criaderos y control del mosquito, así como establecer las pautas comunicacionales y mensajes dirigidos a la población a fin de lograr la mayor participación de la comunidad”, agregó el trabajo.

Según cifras oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se producen alrededor de 90 millones de infecciones sintomáticas y 20.000 muertes por dengue cada año en más de 125 países endémicos. De los 30 países del mundo con mayor incidencia de dengue notificada, 18 (60%) pertenecen a la región de las Américas. Entre 2010 y 2017 se han registrado 12,72 millones de casos de dengue, lo que marcaba una clara tendencia a un aumento del número de casos de la enfermedad en las Américas. A nivel nacional, 81,59% de los casos totales los notificó Brasil, junto con 62,99% de las muertes, en la región del Cono Sur, mientras que 80,68% de los casos graves se produjeron en Honduras. Los cuatro serotipos del virus Dengue se han identificado en todas las regiones, siendo el serotipo DENV-2 el que pareciera estar asociado con el aumento de casos graves y una mayor mortalidad.

Miguel Ángel Aragón, consultor de la OPS, explicó que la expansión del virus está directamente relacionada con la situación de pobreza que atraviesan algunos países, ya que el control del ambiente, el abastecimiento de agua o la gestión de las basuras condicionan la propagación de *Aedes aegypti*. “Está muy relacionado con el desarrollo de los países, pero más que todo con las condiciones de pobreza en las que están nuestras poblaciones”, explicó Aragón, quien advirtió de los brotes que se producen en los “bolsones” de las grandes ciudades. Además, el doctor también reconoció el impacto que tiene el cambio climático en el desarrollo de la enfermedad, ya que el aumento de la temperatura y de la humedad favorecen la reproducción de *Aedes aegypti*. “El mosquito se ha transformado en una mascota más en nuestras viviendas porque no conseguimos eliminarlo”, lamentó el especialista.

27/09/2019

Provincia/Región	2018				2019			
	Notificaciones	Incidencia acumulada	Sífilis temprana	Sífilis sin especificar	Notificaciones	Incidencia acumulada	Sífilis temprana	Sífilis sin especificar
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1.046	72,74	354	692	537	37,26	215	322
Buenos Aires	3.400	40,32	584	2.816	3.705	43,48	406	3.299
Córdoba	488	27,10	278	210	308	16,92	91	217
Entre Ríos	542	81,15	34	508	224	33,21	66	158
Santa Fe	71	4,19	24	47	47	2,75	31	16
Centro	5.547	39,53	1.274	4.273	4.821	34,03	809	4.012
Mendoza	185	19,31	35	150	337	34,78	46	291
San Juan	61	16,11	31	30	74	19,32	35	39
San Luis	79	32,14	33	46	142	57,03	20	122
Cuyo	325	20,53	99	226	553	34,54	101	452
Corrientes	71	13,07	42	29	61	11,13	17	44
Chaco	133	22,82	42	91	206	35,00	74	132
Formosa	23	7,76	6	17	8	2,68	2	6
Misiones	120	19,49	79	41	41	6,58	5	36
Noreste Argentino	347	17,03	169	178	316	15,35	98	218
Catamarca	42	20,57	29	13	8	3,88	—	8
Jujuy	40	10,74	3	37	68	18,06	21	47
La Rioja	13	6,81	4	9	14	7,24	2	12
Salta	117	17,03	59	58	108	15,52	70	38
Santiago del Estero	40	8,39	18	22	44	9,13	8	36
Tucumán	43	5,27	9	34	69	8,35	18	51
Noroeste Argentino	295	10,73	122	173	311	11,18	119	192
Chubut	44	14,68	15	29	50	16,40	24	26
La Pampa	65	37,17	40	25	57	32,32	36	21
Neuquén	63	19,59	6	57	78	23,93	11	67
Río Negro	76	20,93	24	52	82	22,28	23	59
Santa Cruz	21	11,76	3	18	10	5,46	3	7
Tierra del Fuego	19	22,59	2	17	20	23,18	9	11
Sur	288	20,25	90	198	297	20,56	106	191
Total Argentina	6.802	31,17	1.754	5.048	6.298	28,56	1.233	5.065

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 hombres, según provincia y región. Argentina. Años 2018/2019, hasta semana epidemiológica 36. Fuente: Secretaría de Salud de Argentina.

07/10/2019

En un lapso de 175 días, entre noviembre de 2018 y marzo de 2019, 34 personas en una zona acotada de la Patagonia argentina y chilena contrajeron síndrome pulmonar por hantavirus transmitido de persona a persona, en lo que representa el mayor brote de ese virus dispersado por vía interhumana que se registró en el mundo. El brote fue causado por el virus Andes (variante Sur) y produjo 11 muertes, lo que implica una tasa de letalidad de 32%.

Ahora, la bioquímica Valeria Paula Martínez, del Laboratorio Nacional de Referencia para Hantavirus del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de

Laboratorios e Institutos de Salud ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’ (INEI-ANLIS), en Buenos Aires, afirmó que los resultados preliminares de análisis no permitieron hallar determinantes moleculares o genéticos virales asociados a esa vía de transmisión.

Por tanto, “todos los casos de síndrome pulmonar causados por virus Andes deberían considerarse como dispersores potenciales”, enfatizó Martínez.

El resultado no modifica la conducta recomendada frente a los casos sospechosos. “Aunque hubiera una prueba para determinar si la cepa de hantavirus tiene o no potencial de transmisión interhumana, la persona se contagia antes del diagnóstico: se estableció que el momento de la infección ocurre alrededor del día del inicio de la fiebre”, señaló Martínez.

La jefa del Servicio de Biología Molecular del Laboratorio Nacional de Referencia para Hantavirus agregó: “Cada vez que hay un caso, lo único que se puede hacer es el seguimiento de los contactos¹ y la implementación de las medidas que cada provincia o jurisdicción considere, como la cuarentena o el aislamiento respiratorio”.

Cuatro generaciones de casos de contagio

“El hecho de que no se hayan hallado determinantes virales de la transmisión persona a persona, ¿es para quedarse tranquilos o para preocuparse?”, se preguntó el Dr. Fernando Goldbaum, director del Centro de Rediseño e Ingeniería de Proteínas de la Universidad Nacional de San Martín y jefe de Inmunología y Microbiología Molecular de la Fundación Instituto ‘Dr. Luis Federico Leloir’, en Buenos Aires.

“Fue un análisis preliminar. Lo que tenemos planificado ahora es aislar la cepa para confirmar si es más transmisible en ensayos experimentales. Mientras tanto, se debería considerar que cualquier virus Andes puede generar este tipo de eventos”, respondió Martínez.

En América, el virus Andes y el resto de los hantavirus son transmitidos al humano principalmente por la inhalación de aerosoles cargados de partículas virales provenientes de heces, orina y saliva de roedores sigmodontinos infectados, como el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*) en Sudamérica y el ratón patas blancas (*Peromyscus maniculatus*) en América del Norte. Mientras en América producen cuadros conocidos como síndrome pulmonar o cardiopulmonar por hantavirus, de baja incidencia y elevada mortalidad, en Europa y en Asia los hantavirus ocasionan un grupo de enfermedades conocidas como fiebres hemorrágicas con síndrome renal, de alta incidencia y baja letalidad.

Sin embargo, desde un brote en 1996 con 18 casos confirmados en la zona de El Bolsón, una localidad turística en la Patagonia argentina, se sabe que el virus Andes también tiene la capacidad de transmitirse de persona a persona. Desde entonces se identificaron al menos 15 eventos esporádicos de transmisión persona a persona (padre o madre a hijo/a o entre parejas) de variantes del virus Andes en las provincias patagónicas de Chubut, Río Negro y Neuquén, así como en la provincia de Buenos Aires. Pero en ningún caso la cadena de transmisión interhumana excedió los tres eslabones.

La magnitud del último brote tomó a la población y a las autoridades por sorpresa. El origen, a partir de una fiesta de cumpleaños, así como su progresión, fueron escalofriantes.

Martínez reveló aspectos poco conocidos de la dinámica del brote, como el hecho de que solo 10 personas de las 34 actuaron como “dispersores”, y que hubo cuatro generaciones de casos de contagio.

¹ Se define como contacto a toda persona que estuvo en contacto con el paciente desde dos días antes hasta dos días después del inicio de la fiebre.

El brote se inició en la localidad andina de Epuyén, Chubut, pero pronto comenzó a dispersarse. Los casos con relación epidemiológica se extendieron al norte hasta El Bolsón (Río Negro), a 40 km, y al sur hasta Trevelin, Chubut, a 150 km, y a Palena (Chile), a 250 km. “Una paciente viajó a Chile, inició sus síntomas ahí y contagió a una amiga que nunca había estado en el país”, recordó Martínez. También se registraron casos en El Maitén y Esquel, ambos en Chubut. Visto en un mapa, todos los casos se concentraron en una franja rectangular de 175 km de altura y aproximadamente 50 km de ancho.

Una clave: las reuniones masivas

Según informó Martínez, tres reuniones masivas o “eventos de alta dispersión” originaron 65% de todos los enfermos. El caso índice o “paciente cero” del brote, que los medios de comunicación identificaron luego como un hombre jubilado de 68 años, sospecha que pudo haber estado expuesto al virus cuando para visitar a su hija transitó un lugar en el que los lugareños recolectan hongos.

El 3 de noviembre, pocas horas antes de que empezara a sentir escalofríos, dolor muscular y decaimiento, el jubilado concurrió a un salón para celebrar un cumpleaños. Y según la reconstrucción de los investigadores, en esa ocasión transmitió el virus a otras cinco personas que asistieron a la reunión, de las cuales cuatro estaban en el radio de un metro desde su ubicación en la mesa, mientras que la quinta víctima estaba sentada a 2,5 metros. “Se requirió una distancia pequeña para el contagio si asumimos que las personas estuvieron quietas toda la fiesta”, dijo Martínez, aunque también señaló que hubo otros concurrentes (nueve en el radio de un metro) que estuvieron expuestos y no contrajeron la infección.

Otros dos eventos de transmisión masiva se originaron a partir de uno de los casos secundarios del índice, el caso 2, que contagió a seis personas antes de fallecer. Y durante su funeral, la viuda, que estaba con fiebre, transmitió la infección a otras diez personas, según la reconstrucción de los epidemiólogos.

Los investigadores determinaron que el periodo de incubación de la enfermedad es variable: en dos tercios de los pacientes, fue de 16 a 28 días. Pero hubo un paciente que desarrolló los síntomas apenas 9 días después de haber contraído la infección y, en el extremo opuesto, otro que tardó 40 días en hacerlo. “Hasta ahora se creía que el periodo de incubación probable era de 15 a 35 días”, destacó Martínez.

A diferencia de lo que había ocurrido en 1996, el brote de hantavirus no se autolimitó, por lo cual para fines de diciembre las autoridades sanitarias decidieron imponer medidas estrictas destinadas a cortar la cadena de transmisión: prohibición de reuniones masivas e identificación de los contactos de riesgo, para su aislamiento respiratorio domiciliario, monitoreo clínico diario y toma semanal de muestras de sangre para análisis virológicos.

La medida probó ser efectiva: después de la implementación, el número reproductivo básico, un parámetro teórico que estima la velocidad con que una enfermedad se propaga en una población y que había llegado a 6 en la semana epidemiológica 48 de 2018, descendió, y se mantuvo debajo de 1 a partir de la tercera semana de 2019.

Martínez señaló que “en cinco oportunidades se detectaron casos antes de que iniciaran los síntomas, aunque no con mucha antelación. Y en esas personas, las provincias decidieron iniciar programas de tratamiento con ribavirina”, un antiviral que según la Organización Mundial de la Salud no está aprobado para la profilaxis o tratamiento del síndrome pulmonar por hantavirus. “Una evaluación preliminar de su efectividad muestra que todos los casos

sobrevivieron. Pero no se puede saber si es por la medicación o porque fueron atendidos precozmente. Se están analizando las muestras”.

Los últimos dos casos presentaron los síntomas iniciales el mismo día, el 6 de febrero. Y para el 15 de marzo, las autoridades dieron por finalizado el brote.

Un sorprendente revival genético

La Secretaría de Salud de Argentina anunció el 19 de febrero que se había hallado un porcentaje de identidad genética mayor a 99,9% entre todas las secuencias analizadas de los casos de ese brote (27 completas y 1 casi completa), lo que confirmó “unívocamente” el mecanismo de transmisión persona a persona.

La cepa del virus Andes fue bautizada Epuén/18-19. Y los análisis mostraron una inesperada alta identidad genética y aminoacídica con la cepa Epilink/96 que provocó el brote en El Bolsón en 1996. “Es un hallazgo sorprendente, porque los virus de ARN tienen una tasa de replicación muy alta”, lo que implica una elevada probabilidad de mutaciones, expresó Martínez. Y agregó: “Tendremos que buscar cuál es la explicación biológica. Probablemente tenga que ver con la adaptación de este virus al roedor reservorio”.

Por otra parte, los estudios genéticos y de secuencias de aminoácidos de tres proteínas virales, utilizando en ciertos casos otras cepas de Argentina y Chile como referencia, no permitieron identificar factores que explicaran la transmisión interhumana ni la severidad de la infección (hubo 15 casos moderados y 19 severos, según el compromiso respiratorio y hemodinámico). “La distribución de las presentaciones clínicas fue al azar”, manifestó Martínez.

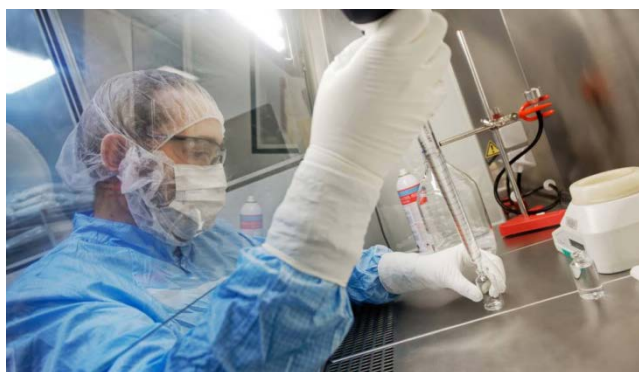
¿Por qué, entonces, se disparó este último brote? “Esa es la pregunta que nos hacemos, porque oportunidades de eventos masivos hubo todos estos años y nunca ocurrió”, afirmó Martínez. “Es algo que está por responderse todavía. Quizá también tiene que ver el aumento de la población. Este tipo de brotes va a ser cada vez más frecuente, por lo cual espero que se hayan aprendido las lecciones y no se olviden”.

Otra interrogante es si efectivamente el virus Andes es el único hantavirus que se transmite persona a persona. “Después del brote de 1996, varios grupos de investigación hicieron análisis retrospectivos y concluyeron que era el único con esa vía de transmisión. Pero yo no estoy tan segura. Habría que ver qué pasa en aquellos países de Europa que tienen más de 1.000 o 2.000 casos al año: tal vez los tengan y no los hayan identificado”, concluyó la científica.



A pesar de que la única vacuna contra el dengue aprobada comercialmente ayudaría a contener los brotes de la enfermedad en América Latina, los especialistas no se ponen de acuerdo en cómo implementarla.

Mientras algunos alertan sobre la necesidad de investigar más acerca de sus potenciales riesgos antes de aplicarla a toda la población, otros sostienen que solo debería aplicarse en entornos de alta prevalencia de la enfermedad.



Cada país latinoamericano debe decidir si vacuna o no contra el dengue de acuerdo a su realidad epidemiológica y a la relación costo-beneficio, recomiendan los expertos.

Según la más reciente actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, se han notificado más de 2 millones de casos en toda la región en lo que va de 2019, cifra mayor a la reportada en 2016, 2017 y 2018.

Un grupo de investigadores que conforman la Iniciativa Internacional contra el Dengue recomienda a los países latinoamericanos obtener información epidemiológica de calidad y actualizada para decidir vacunar a su población en base al riesgo-beneficio.²

Por su parte, Scott B. Halstead, fundador de la Iniciativa Pediátrica de la Vacuna contra el Dengue y especialista en virus transmitidos por mosquitos, dijo que se necesitaría un régimen de pruebas serológicas completamente nuevo antes de aplicar de manera generalizada la vacuna, para evitar daños graves.³

Tras varios años de estudios controlados con más de 30.000 niños en América Latina y Asia, Dengvaxia® (CYD-TDV), la vacuna contra el dengue desarrollada por los laboratorios Sanofi Pasteur, probó una eficacia de 60% de protección contra la enfermedad, e impide en 80 y 90% la hospitalización y mortalidad, respectivamente.

El estudio de la Iniciativa Internacional contra el Dengue reportó que en una zona de alta prevalencia de dengue la vacunación evitaría alrededor de 11.000 hospitalizaciones y 2.500 casos graves. Hasta la fecha, 19 países del mundo la han aprobado. En Latinoamérica lo han hecho Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Puerto Rico.

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

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

Sin embargo, uno de los riesgos más importantes es que la vacuna funciona de forma distinta cuando se trata de población que no ha estado en contacto con el virus (seronegativos), quienes, al contraerlo por primera vez, pueden desarrollar un cuadro más grave.

El caso de Filipinas y la posición de la OMS

Una controversia al respecto surgió en 2017, en Filipinas, donde tras aplicar la vacuna a más de 800.000 niños, los fabricantes notaron un aumento en el riesgo de hospitalización para aquellos que no habían sido expuestos a ninguno de los 4 serotipos del virus Dengue. Tras la muerte de 14 pacientes que habían sido vacunados previamente, y una intensa polémica sobre la posible asociación con la vacuna, el gobierno filipino canceló el programa.

A fines de 2017 un grupo de investigación, asesorado por el Comité Global sobre Seguridad de Vacunas, reveló que la mayoría de las muertes no estaban relacionadas con la vacuna y que no había suficiente evidencia para concluir tal asociación.

Pero Scott Halstead, quien lleva más de tres años escribiendo sobre la necesidad de analizar los riesgos de Dengvaxia®, considera que ese no es un resultado aceptable.

“Sanofi está en deuda con todos esos niños en Filipinas. Está obligada a hacer investigación de largo plazo para saber qué tipo de consecuencias tendrá haberles aplicado la vacuna”, dijo.

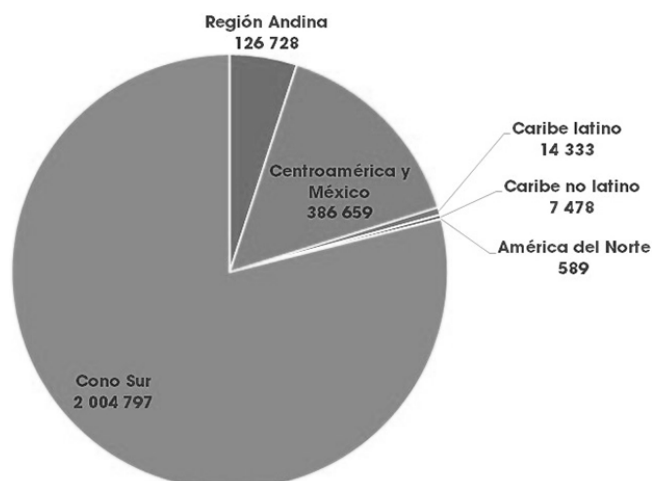


Gráfico 1. Casos sospechosos de dengue, según regiones. América. Año 2019. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Actualmente, la posición del Grupo Asesor Estratégico de Expertos (SAGE) sobre Inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que los países que están considerando implementar la vacuna eviten aplicarla en individuos seronegativos.

Pero esto implica que, primero, deben identificarlos. La OMS recomienda hacerle una prueba de laboratorio a cada individuo para saber si alguna vez ha estado expuesto al virus o no, y con ello evitar riesgos para seronegativos.

El problema es que aún no existe una prueba de bajo costo, accesible y altamente sensible para evitar falsos positivos. La OMS, además, reconoce que esta estrategia “puede implicar dificultades prácticas significativas como el costo, la necesidad de tomar una muestra de sangre antes de vacunar, y que la comunidad lo acepte”.

Para Halstead, el costo de la prueba no debería ser una limitante. “El argumento en contra es que costaría mucho dinero, pero no nos engañemos: cada dosis de Dengvaxia® cuesta 100 dólares, y hay que aplicar tres dosis, es decir que se invierten 300 dólares por cada persona vacunada. Pero la prueba más cara no costaría más que unos cuantos dólares”, comentó.

En los países donde no es posible desarrollar estas pruebas, la OMS sugiere hacer estudios epidemiológicos para determinar la intensidad de transmisión en cada zona, y en caso de que ésta sea mayor a 80%, aplicar la vacuna a toda la población. Esto también implica retos éticos dado que pone en riesgo a la población seronegativa.

Para Jaime Rafael Torres Rojas, investigador de la Universidad Central de Venezuela, la disyuntiva en la región latinoamericana sobre vacunar o no depende de que los países prioricen recursos para el dengue y tengan información epidemiológica de calidad.

“Hasta que no tengamos más estudios sobre la prevalencia e intensidad de transmisión, así como pruebas que detecten el virus Dengue de manera precisa y económica, ambas estrategias tienen problemas de aplicación”, explicó Torres.

Aunque la enfermedad tiene una tasa de letalidad menor a 0,4%, “con el tiempo las áreas endémicas transitan a un estado hiperendémico con altas tasas de letalidad y altos costos para el sistema de salud”, explicó José Ramos-Castañeda, del Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas, del Instituto Nacional de Salud Pública en México.

Para evitarlo, coinciden los especialistas, es importante que no se tome la vacuna como respuesta única a los brotes de dengue, ya que ninguna vacuna puede sustituir las estrategias de prevención y de control del mosquito vector, pero sí puede complementarlas.



Vacunar o no vacunar, el dilema que enfrentan varios países de la región en su lucha contra el dengue.



ESTADOS UNIDOS

CONTINUÁN AUMENTANDO LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

08/10/2019

Los casos combinados de sífilis, gonorrea y clamidiosis alcanzaron un máximo histórico en Estados Unidos en 2018, según el *Informe Anual de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual*⁴, publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Las infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden tener graves consecuencias para la salud. Entre las más trágicas se encuentran las muertes de recién nacidos relacionadas con la sífilis congénita, que aumentaron 22% de 2017 a 2018 (de 77 a 94 muertes).



El nuevo informe muestra que, de 2017 a 2018, hubo aumentos en las tres ITS más comúnmente reportadas:

- Hubo más de 115.000 casos de sífilis.

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

- El número de casos de sífilis primaria y secundaria, las etapas más infecciosas de la enfermedad, aumentó 14% hasta más de 35.000 casos, el número más alto reportado desde 1991.
- Entre los recién nacidos, los casos de sífilis aumentaron 40%, hasta más de 1.300 casos.
- La gonorrea aumentó 5%, hasta más de 580.000 casos, también el número más alto reportado desde 1991.
- La clamidiosis aumentó 3%, hasta más de 1,7 millones de casos, la mayor cifra jamás reportada a los CDC.

“Las ITS pueden tener un alto costo para los bebés y otras poblaciones vulnerables”, dijo Jonathan Mermin, director del Centro Nacional para la Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Virales, Enfermedades de Transmisión Sexual y Tuberculosis, de los CDC. “Frenar las ITS mejorará la salud general de la nación y evitará la infertilidad, el VIH y las muertes infantiles”.

Los antibióticos pueden curar la sífilis, la gonorrea y la clamidiosis. Sin embargo, si no se tratan, las ITS pueden transmitirse a otras personas y producir resultados adversos para la salud, como infertilidad, embarazo ectópico y un mayor riesgo de contraer el VIH. La sífilis congénita puede provocar abortos espontáneos, muerte fetal, muerte de recién nacidos y graves problemas físicos y neurológicos de por vida.

Una trágica consecuencia de la creciente epidemia de ITS

El aumento de 40% en los casos de sífilis congénita continúa una tendencia peligrosa observada en los últimos años. Aunque la mayoría de los estados reportaron al menos un caso de sífilis congénita, cinco estados –Texas, California, Florida, Arizona y Louisiana– representaron 70% de los casos en Estados Unidos.

La atención prenatal temprana y las pruebas de ITS son esenciales en cada embarazo para proteger a las madres y sus bebés de los peligros de la sífilis. Los CDC recomiendan la prueba de sífilis para todas las mujeres embarazadas la primera vez que ven a un proveedor de atención médica por su embarazo. Las mujeres que son vulnerables al contagio o que viven en áreas de alta prevalencia deben hacerse la prueba nuevamente a principios del tercer trimestre y en el momento del parto.

“Hay herramientas disponibles para prevenir todos los casos de sífilis congénita”, dijo Gail Bolan, directora de la División de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual de los CDC. “Las pruebas son simples y pueden ayudar a las mujeres a proteger a sus bebés de la sífilis, una enfermedad prevenible que puede tener consecuencias irreversibles”.

El aumento nacional en los casos de sífilis congénita es paralelo al aumento de los casos de sífilis entre las mujeres en edad reproductiva. De 2017 a 2018, los casos de sífilis aumentaron 36% entre las mujeres en edad fértil. Abordar el aumento de la incidencia de la sífilis es fundamental para prevenir la sífilis congénita. Las mujeres pueden protegerse a sí mismas practicando relaciones sexuales más seguras, siendo examinadas por un proveedor de atención médica para detectar la enfermedad y, si están infectadas, buscando tratamiento de inmediato y pidiéndole a su pareja que se haga una prueba y un tratamiento para evitar la reinfección.

Múltiples factores impulsan el aumento continuo de ITS

Los datos sugieren que múltiples factores están contribuyendo al aumento general de las ITS, que incluyen:

- Uso de drogas, pobreza, estigma y vivienda inestable, lo que puede reducir el acceso a la prevención y atención de las ITS.
- Disminución del uso del condón en los grupos vulnerables, incluidos los jóvenes y los hombres homosexuales y bisexuales.
- Recortes a los programas de ITS a nivel estatal y local: en los últimos años, más de la mitad de los programas locales han experimentado recortes presupuestarios, lo que ha resultado en cierres de clínicas, reducción de la detección, pérdida de personal y un menor seguimiento de los pacientes y vinculación con los servicios de atención.

Se necesita acción urgente para romper el ciclo de aumento de ITS

Los CDC continúan trabajando en múltiples frentes para abordar la epidemia de ITS en la nación. Por ejemplo, brindando recursos a los departamentos de salud estatales y locales para la prevención y vigilancia de las ITS. El programa de financiamiento actual de los CDC para los departamentos de salud –Fortalecimiento de la Prevención y el Control de las ITS para los Departamentos de Salud– apoya diversas estrategias y actividades de alta prioridad, incluida la eliminación de la sífilis congénita. Como parte de este programa, los CDC apoyan a los departamentos de salud en la realización de investigaciones de enfermedades, respondiendo a brotes de salud pública, proporcionando capacitación para proveedores de atención médica, participación y asociaciones de la comunidad y otros esfuerzos.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, que incluye a los CDC, está desarrollando un Plan de Acción Federal para las Infecciones de Transmisión Sexual (STI Plan) para abordar y revertir la epidemia de ITS en la nación. El STI Plan está siendo desarrollado por socios de todo el gobierno federal, con aportes de una amplia gama de partes interesadas, y se lanzará en 2020.

Sin embargo, se necesita una acción urgente de todas las partes interesadas para ayudar a controlar los aumentos de las ITS. Los proveedores de atención médica deben hacer que la detección de ITS y el tratamiento oportuno sean una parte estándar de la atención médica; este trabajo puede iniciarse documentando una historia sexual completa. Además, los departamentos de salud estatales y locales deben fortalecer la infraestructura local de salud pública necesaria para prevenir y controlar las ITS y garantizar que los recursos se dirijan a las poblaciones más vulnerables.



ESTADOS UNIDOS

EL PAÍS SE AFERRA A SU ESTATUS
DE “LIBRE DE SARAMPIÓN”

04/10/2019

Después de casi 20 años, Estados Unidos todavía puede decir que el sarampión ha sido eliminado en el país, después de que el Departamento de Salud del Estado de New York declarara el fin del brote de sarampión que casi duró un año, que amenazó con derribar esa afirmación, según el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Estados Unidos.

“Estamos muy contentos de que el brote de sarampión haya terminado en New York y que todavía se considere a la enfermedad eliminada en Estados Unidos. Este resultado es un crédito al trabajo cooperativo de los departamentos de salud locales y estatales, líderes comunitarios y religiosos, otros asociados, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)”, dijo Alex Michael Azar II, secretario del HHS.

“Pero el brote del año pasado fue un recordatorio alarmante sobre los peligros de las dudas y la desinformación acerca de las vacunas. Es por eso que la Administración Trump continuará considerando una prioridad trabajar con las comunidades y promover la vacunación como una de las cosas más sencillas que uno puede hacer para mantenerse a sí mismo y a su familia sanos y seguros”, dijo.

Entre enero y septiembre de este año, los CDC confirmaron 1.249 casos de sarampión en 31 estados, el número más alto en Estados Unidos desde 1992. Tres cuartos de esos casos se asociaron con brotes en la ciudad de New York y en el estado de New York, y ocurrieron en gran medida entre niños no vacunados de las comunidades judías ortodoxas.

Muchos casos se rastrearon hasta viajeros no vacunados que se infectaron mientras viajaban por otros países a principios de octubre de 2018.

El 88% de los pacientes de este año no estaban vacunados o se desconocía su estado de vacunación; el 10% de los pacientes requirió hospitalización.

El 86% de los casos estaban vinculados a brotes que ocurrieron “en comunidades poco inmunizadas y cerradas, incluidos dos brotes en las comunidades judías ortodoxas de New York que amenazaban el estado de eliminación del sarampión en Estados Unidos”.

A nivel mundial, los brotes de sarampión ocurren continuamente en ciertos países; por lo tanto, cuando personas de Estados Unidos no vacunadas viajan a esos países, corren el riesgo de traer el sarampión a sus hogares.

Eso podría no ser un gran problema si la mayoría de las personas en una comunidad están vacunadas; sin embargo, ciertas poblaciones, incluidas las de los bebés pequeños y las personas inmunocomprometidas, no pueden recibir la vacuna contra el sarampión y corren el riesgo de contraer una enfermedad grave.

“Respuesta robusta”

La conclusión del brote de New York requirió un esfuerzo altamente coordinado, según los CDC. Las respuestas sólidas en la ciudad y el estado de New York, con múltiples asociados, involucraron esfuerzos de vacunación, incluida la administración de aproximadamente 60.000 dosis de la vacuna triple viral en las comunidades afectadas; campañas de comunicación personalizadas; asociaciones con líderes religiosos, médicos locales, centros de salud y grupos de defensa; y uso de las autoridades legales locales de salud pública. Estos esfuerzos interrumpieron la transmisión antes de la fecha límite de eliminación de 12 meses, y en los casos más recientes se informó el inicio de la erupción el 15 de julio de 2019 en New York y el 19 de agosto en el resto del estado de New York.

En ambas jurisdicciones, los períodos de incubación del sarampión ya han sido superados, y no se han reportado casos adicionales al 1 de octubre de 2019; sin embargo, la vigilancia continua es importante para asegurar que la eliminación sea sostenida.

“La exitosa respuesta de salud pública de la nación a este reciente brote de sarampión es un testimonio del compromiso y la eficacia de los departamentos de salud estatales y locales y

las comunidades comprometidas en todo el país”, dijo el director de los CDC, Robert Redfield Jr.

“Los CDC alientan a los estadounidenses a adoptar la vacuna con confianza para sí mismos y sus familias. Queremos enfatizar que las vacunas son seguras. Siguen siendo la herramienta más poderosa para preservar la salud y salvar vidas. La prevalencia del sarampión es un desafío global, y la mejor forma de evitar que esta y otras enfermedades prevenibles por vacunación se establezcan en Estados Unidos es aceptar las vacunas”, agregó.

Crisis mundial

Durante el último año, el Reino Unido, Grecia, Venezuela y Brasil perdieron el estatus de eliminación del sarampión. Los datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que se notificaron más casos de sarampión en todo el mundo durante los primeros 6 meses de 2019 que durante cualquier año desde 2006. Entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2019, se notificaron 364.808 casos en 182 países, un aumento que refleja la actual tendencia global, mientras que otros países trabajan para mejorar y mantener las tasas de vacunación.

La información errónea en algunas comunidades acerca de la seguridad de la vacuna triple viral ha jugado un papel importante en el marcado aumento de los casos de sarampión en los últimos años.

Estas comunidades están siendo deliberadamente atacadas por algunas organizaciones, que están difundiendo información inexacta y engañosa. Los CDC continúan instando a los padres a consultar al proveedor de atención médica de su familia para analizar la importancia de la vacunación y cualquier inquietud que puedan tener. Los CDC también recomiendan que los líderes locales distribuyan información precisa y basada en la evidencia para refutar la información errónea.⁵

El mundo

	<p style="text-align: right;"><i>CHINA</i></p> <p style="text-align: center;">SE ELIMINÓ EL TRACOMA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA</p> <p style="text-align: right;">07/10/2019</p>
---	---

La Organización Mundial de la Salud la validó la situación de China de eliminación del tracoma como un problema de salud pública. Esta enfermedad es la principal causa infecciosa de ceguera en todo el mundo. La infección causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis* se

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

propaga a través del contacto con la secreción de los ojos o la nariz de las personas infectadas, especialmente los niños pequeños. Las moscas que han estado en contacto con la descarga infectada también transmiten la enfermedad. La falta de saneamiento e higiene son factores de riesgo para la transmisión. Después de años de infección repetida, el interior del párpado puede quedar tan cicatrizado que se vuelve hacia adentro, haciendo que las pestañas se froten contra el globo ocular, produciendo cicatrices en el ojo y provocando potencialmente ceguera.

China comenzó a implementar el control masivo del tracoma a fines de la década de 1940. En las décadas de 1950 y 1960, se realizó un examen de detección a toda la población para detectar y contener la enfermedad, lo que ayudó a reducir la prevalencia del tracoma. En 1999, la OMS celebró un taller nacional sobre evaluación y manejo del tracoma, ya que se pensaba que todavía estaba presente en algunas partes del país. Posteriormente, la estrategia SAFE recomendada por la OMS⁶ se adoptó con éxito en las áreas endémicas restantes. El rápido desarrollo de China también resultó en enormes mejoras en la salud pública y el saneamiento, incluso en las zonas rurales.

China, Camboya y la República Democrática Popular Lao son los únicos países de la región del Pacífico Occidental que han eliminado el tracoma como un problema de salud pública; restan siete países endémicos.⁷

	<p style="text-align: right;">MALASIA</p> <p style="text-align: center;">SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA RABIA EN SARAWAK</p> <p style="text-align: right;"><i>09/10/2019</i></p>
---	---

El Ministerio de Salud de Malasia publicó el 9 de octubre una actualización sobre la situación epidemiológica de la rabia en Sarawak.

Este brote de rabia, que se declaró el 1 de julio de 2017, está entrando en su tercer año. La cantidad de mordeduras de perros y gatos sigue siendo alta, con un promedio de 40 a 60 casos diarios, una cifra similar a la del primer año del brote de rabia.

En 2019, una gran cantidad de perros y gatos que mordieron a humanos dieron positivo para rabia. Según un informe del Departamento de Servicios Veterinarios de Sarawak, hasta el 30

⁶ SAFE: *Surgery for inturned eyelashes, Antibiotics to clear infection, Facial cleanliness, and Environmental improvement to limit transmission* (Cirugía para pestañas inturizadas, antibióticos para eliminar la infección, limpieza facial y mejora ambiental para limitar la transmisión).

⁷ En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza para la Eliminación Global del Tracoma para el año 2020 (GET2020). Con otros asociados en la Alianza, la OMS apoya la implementación en el país de la estrategia SAFE y el fortalecimiento de la capacidad nacional a través de la evaluación epidemiológica, monitoreo, vigilancia, planificación, evaluación y movilización de recursos para eliminar el tracoma como un problema de salud pública. El tracoma sigue siendo endémico en siete países de la Región: Australia, Fiji, Kiribati, Papúa Nueva Guinea, Islas Salomón, Vanuatu y Vietnam.

La OMS valida la eliminación del tracoma como un problema de salud pública cuando un país puede demostrar que: i) menos de 5% de los niños de 1 a 9 años en cada distrito endémico tienen signos de tracoma activo, que requiere tratamiento con antibióticos; ii) menos de 0,2% de las personas mayores de 15 años en cada distrito anteriormente endémico tienen triquiasis, una forma más avanzada de enfermedad que requiere cirugía de párpados; y iii) el sistema de salud puede identificar y manejar nuevos casos de triquiasis.

de septiembre de 2019, de un total de 420 perros y gatos sometidos a análisis, 138 (32,8%) muestras fueron positivas para rabia.

Este año, hubo cinco casos confirmados de rabia humana. El último caso se registró el 21 de agosto de 2019, un hombre de 64 años de un hogar comunal en Mukah, Sarawak. El paciente fue mordido por un perro de su hermano en Kanowit. El caso falleció el 19 de agosto de 2019 bajo el cuidado de un especialista en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Bintulu.

Entre el 1 de julio de 2017 y el 3 de octubre de 2019, el número de casos notificados de rabia humana es de 21. Todos los casos murieron, excepto un niño que tiene actualmente 9 años de edad, que presenta complicaciones neurológicas graves debido a la infección.

 Organización Mundial de la Salud	<i>NIGERIA</i> SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA FIEBRE AMARILLA <i>08/10/2019</i>
---	--

El 29 de agosto de 2019, se informó un caso sospechoso de fiebre amarilla en el estado de Kano, con un historial de viajes a la reserva de caza Yankari, Área de Gobierno Local (AGL) de Alkaleri, estado de Bauchi, Nigeria.

Entre el 29 de agosto y el 22 de septiembre de 2019, Nigeria notificó un brote de fiebre amarilla con epicentro en la reserva de caza Yankari. Según el Centro de Control de Enfermedades de Nigeria (NCDC), se han reportado 231 casos sospechosos en cuatro estados, incluidos Bauchi (110), Borno (109), Gombe (10) y Kano (2), entre los cuales ha habido 13 presuntos positivos mediante pruebas de IgM, y 24 casos positivos por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en laboratorios nacionales. De los 24 casos confirmados mediante RT-PCR (20 casos en Bauchi, tres en Gombe y uno en Kano), se informaron seis muertes, todas en el AGL de Alkaleri, estado de Bauchi, lo que resultó en una tasa de letalidad de 25% entre los casos confirmados. Se desconoce el historial de vacunación de los 231 casos sospechosos de fiebre amarilla, y los resultados de los estudios de seguimiento del laboratorio de referencia regional, el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Dakar (IPD), aún están pendientes.

Esta es la primera vez que se informan casos en relación con esta área desde que comenzó el brote en Nigeria en septiembre de 2017. Este brote es único por la amplia distribución geográfica de los casos, la mayoría con vínculos a través de viajes, trabajo o residencia en o cerca de la reserva de caza Yankari, que es una zona ecológica altamente propensa a la circulación del virus de la fiebre amarilla (vectores, reservorios).

Resumen epidemiológico 2019 (no incluye los casos de Bauchi)

Desde el 15 de septiembre de 2017, cuando el NCDC notificó oficialmente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un caso confirmado de fiebre amarilla en el estado de Kwara, en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005), el país ha estado respondiendo a los sucesivos brotes de fiebre amarilla en una amplia área geográfica.

Entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2019, se han reportado 2.254 casos sospechosos de fiebre amarilla en 535 AGL. Todos los estados, incluido el Territorio de la Capital Federal, han informado al menos un caso sospechoso de fiebre amarilla. Se han recolectado muestras de 2.197 casos sospechosos y, según los laboratorios nigerianos, 74 pruebas fueron presuntamente positivas y 29 no concluyentes para fiebre amarilla. Se enviaron 103 muestras (74 presuntas positivas y 29 no concluyentes) al IPD para pruebas de confirmación, de las cuales 29 dieron positivo. Ocho casos adicionales fueron confirmados por los laboratorios nigerianos: siete en el Laboratorio Nacional de Referencia, y uno en el Hospital Escuela de la Universidad de Lagos. Estos 37 casos confirmados se registraron en los estados de Edo (13), Ebonyi (8), Ondo (4), Katsina, (3), Kebbi (2), Anambra (1), Cross River (1), Imo (1), Osun (1), Oyo (1), Kano (1) y Sokoto (1). Se han registrado 44 muertes en los estados de Ebonyi (28), Katsina (14), Adamawa (1) y Edo (1), con una tasa de letalidad global de 2% entre los casos sospechosos.

Respuesta de salud pública

Las actividades de respuesta al brote están siendo coordinadas por un centro nacional de operaciones de emergencia para fiebre amarilla, integrado por varias agencias, y con sede en el NCDC. El 5 de septiembre de 2019, se activó un Sistema de Gestión de Incidentes a nivel nacional para coordinar las actividades de respuesta. Se ha desplegado un equipo de respuesta rápida, que incluye al NCDC y a la Agencia Nacional de Desarrollo de la Atención Primaria de Salud (NPHCDA), en Bauchi y otros estados afectados, para apoyar las actividades de respuesta ante brotes, como la búsqueda de casos, el manejo de casos y la comunicación de riesgos. El estado, con el apoyo de sus asociados, ha llevado a cabo con éxito una campaña de vacunación reactiva contra la fiebre amarilla en la AGL de Alkaleri, vacunando a 407.708 personas y ahora planea llevar a cabo una campaña similar en las AGL contiguas en los estados afectados, lo que incluye la presentación de una solicitud al Grupo de Coordinación Internacional para la vacunación reactiva.

La vacunación de rutina contra la fiebre amarilla se introdujo en el Programa Ampliado de Inmunización de Nigeria en 2004, pero la inmunidad general de la población en las zonas afectadas por el brote actual sigue por debajo de los umbrales de inmunidad de rebaño reconocidos.

Actualmente se está implementando una Campaña de Vacunación Masiva Preventiva (CVMP) contra la fiebre amarilla de cuatro años (2018-2021), con el apoyo de la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI) y sus asociados, para cubrir todos los estados del país. Para 2025, se anticipa que todos los estados en Nigeria habrán realizado actividades de la CVMP para proteger a las poblaciones en riesgo contra la fiebre amarilla.

Las campañas preventivas por etapas de este año se centrarán en los estados de Anambra, Ekiti, Katsina y Rivers, con actividades especiales en Borno. Bauchi aún no ha sido cubierto por la CVMP, y los estados planificados para la próxima fase están siendo sometidos a un proceso de revisión para considerar la evolución de la epidemiología.

Evaluación de riesgos de la OMS

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica viral aguda transmitida por mosquitos infectados y tiene el potencial de propagarse rápidamente y causar un grave impacto en la salud pública. No existe un tratamiento específico, aunque la enfermedad se puede prevenir con una sola dosis de la vacuna contra la fiebre amarilla, que proporciona inmunidad de por vida. Se requiere atención de apoyo para tratar la deshidratación, la insuficiencia respiratoria y la fiebre; y se recomiendan antibióticos para tratar infecciones bacterianas asociadas.

La reciente confirmación por parte del laboratorio nacional de referencia del brote de fiebre amarilla en el estado de Bauchi, relacionado con casos en otros tres estados, incluidos Borno, Kano y Gombe, representa una situación preocupante en Nigeria.

Dada la magnitud del brote en Bauchi y otros tres estados, el riesgo nacional se evalúa como alto debido al potencial de transmisión y amplificación local en curso. Los factores considerados incluyen la baja cobertura de vacunación; la probabilidad de presencia de vectores competentes, incluidas las especies de *Aedes*, la potencial propagación a nuevas AGL, y el vínculo del brote con la reserva de caza en la AGL de Alkaleri, el destino turístico más popular del país.

Actualmente existe un riesgo moderado a nivel regional debido al posible movimiento de individuos de los estados afectados a áreas adyacentes y países vecinos. El riesgo general actual es bajo a nivel mundial.

Nigeria se enfrenta a varias emergencias concurrentes de salud pública, incluyendo brotes del poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV), de sarampión, de fiebre hemorrágica de Lassa y de cólera, y una crisis humanitaria en el noreste del país. La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y reevaluará la evolución de los riesgos con base en la última información disponible.

Advertencias de la OMS

Nigeria es un país de alta prioridad para la estrategia de Eliminación de Epidemias de Fiebre Amarilla (EYE). La vacunación es la intervención primaria para la prevención y el control de la fiebre amarilla. La detección e investigación tempranas de los casos de fiebre amarilla a través de una vigilancia estricta es clave para controlar el riesgo de brotes de la enfermedad. La prevención de las picaduras de mosquitos (repelentes, usar ropa larga) es una medida adicional que limita el riesgo de transmisión de la fiebre amarilla. En los centros urbanos, las medidas específicas de control de vectores también son útiles para interrumpir la transmisión. La OMS y sus asociados continuarán apoyando a las autoridades locales en la implementación de estas intervenciones para controlar el brote actual.

La OMS recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla para todos los viajeros internacionales de más de nueve meses de edad que van a Nigeria, ya que hay evidencia de transmisión persistente o periódica del virus de la fiebre amarilla. Nigeria también requiere un certificado de vacunación contra la fiebre amarilla para los viajeros mayores de un año que llegan de países con riesgo de transmisión de fiebre amarilla.

Las vacunas contra la fiebre amarilla aprobadas por la OMS son seguras, altamente efectivas y brindan protección de por vida contra la infección. En el contexto de viajes internacionales, la enmienda al Anexo 7 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) cambió el período de validez del correspondiente certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla, y la protección proporcionada por la vacunación contra la infección por fiebre amarilla de diez años a la vida de la persona vacunada. En consecuencia, a partir del 11 de julio de 2016, tanto para los certificados existentes como para los nuevos, no se puede exigir la revacunación o una dosis de refuerzo de la vacuna contra la fiebre amarilla a los viajeros internacionales como condición para ingresar a un Estado Parte, independientemente de la fecha en que su certificado internacional de vacunación haya sido emitido inicialmente.⁸

⁸ El 1 de julio de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó las áreas en riesgo de transmisión de fiebre amarilla y las recomendaciones correspondientes para la vacunación de viajeros internacionales. Puede consultarse la lista de países en riesgo y las recomendaciones revisadas para la vacunación contra la fiebre amarilla haciendo clic [aquí](#).

La OMS alienta a sus Estados Miembros a tomar todas las medidas necesarias para mantener a los viajeros bien informados sobre los riesgos y las medidas preventivas, incluida la vacunación. Los viajeros también deben ser conscientes de los signos y síntomas de la fiebre amarilla y recibir instrucciones médicas rápidas si desarrollan signos de enfermedad. Los viajeros que regresan de Nigeria que pueden estar infectados con posibles altos niveles del virus en la sangre pueden presentar un riesgo para el establecimiento de ciclos locales de transmisión de la fiebre amarilla en áreas donde el vector competente está presente.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes o el comercio con Nigeria sobre la base de la información disponible sobre este brote.



REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

EL SARAPIÓN CAUSA MÁS DE
4.000 MUERTES ESTE AÑO

09/10/2019

Más de 4.000 personas han muerto este año en la República Democrática del Congo debido al brote de sarampión más grande del mundo, informó el 9 de octubre el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El país centroafricano también lidia con un brote de enfermedad por el virus del Ébola (EVE), que ha cobrado alrededor de 2.000 vidas desde agosto de 2018.

Desde enero, se han reportado más de 200.000 casos de sarampión en el país, informó el UNICEF. Más de 140.000 son niños menores de 5 años, quienes también representan casi 90% de las muertes.

“Nos enfrentamos a una situación alarmante, porque millones de niños congoleños no obtienen la inmunización de rutina y carecen de acceso a atención médica una vez que contraen la enfermedad”, dijo Edouard Beigbeder, representante del UNICEF en el país. “Además de eso, un deficiente sistema de salud, inseguridad, desconfianza de la comunidad hacia las vacunas y vacunadores, y desafíos logísticos contribuyen a una enorme cantidad de niños no vacunados en riesgo de contraer la enfermedad”.

Las autoridades de salud dicen que se enfrentan a muchos de los mismos desafíos por el brote de EVE en el oriente de la República Democrática del Congo, que causado más de 2.000 muertes. Múltiples grupos armados han luchado desde hace décadas por las tierras, ricas en minerales, y ponen en riesgo a los residentes. La inseguridad también ha causado desconfianza hacia las autoridades, incluyendo los trabajadores de salud.

El UNICEF dijo que los trabajadores de salud llevan paquetes médicos adicionales para ayudar a atender a más de 110.000 personas infectadas con sarampión, un virus muy contagioso y potencialmente mortal. Más de 1,4 millones de niños han sido vacunados en lo que va del año.

La agencia de la Organización de Naciones Unidas dijo que el gobierno del país lanzará a fin de mes una campaña de vacunación para asegurarse que niños en todas las provincias estén vacunados.

El 8 de septiembre, el Ministerio Federal de Salud de Sudán (MFS) notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre un brote de cólera en cuatro localidades del estado de An Nil al-Azraq, en el sudeste de Sudán, fronterizo con Etiopía y Sudán del Sur. El primer caso fue detectado el 28 de agosto de 2019.

Entre el 28 de agosto y el 8 de octubre de 2019, se han reportado 247 casos sospechosos de cólera, incluidas 8 muertes (tasa de letalidad: 3,5%), en cuatro localidades del estado del An Nil al-Azraq, incluyendo Al-Roseries (99), Al-Damazin (52), Wad Almahi (3) y Baw (2), y cinco localidades en el estado de Sannar, incluyendo Abu Hugar (71), Singa (4), Alsoky (13), Aldaly wa Almzmom (2) y Sannar (1). Del total, 150 casos (61%) eran mujeres y 238 (94,4%) tenían más de 5 años de edad.

Hasta el 2 de octubre, 28 de 42 muestras (67%) analizadas de los estados afectados fueron confirmadas por cultivo para *Vibrio cholerae* O1 Ogawa en el Laboratorio Nacional de Salud Pública.

Respuesta de salud pública

Se han implementado las siguientes medidas de respuesta de salud pública:

- Con el apoyo de la OMS, el MFS activó el 10 de septiembre una Fuerza de Tareas contra el Cólera de alcance nacional.
- La OMS ha desplegado un equipo técnico para ayudar al MFS en la coordinación de la respuesta y el desarrollo de una estrategia de respuesta sobre el terreno.
- Se ha fortalecido el sistema de vigilancia e información mediante la distribución de definiciones de casos y formularios de investigación de casos, la búsqueda activa de casos y mantenimiento de listados.
- El MFS ha activado 14 centros de tratamiento del cólera, cuatro en el estado del An Nil al-Azraq y 10 en el estado de Sannar, y ha estandarizado los protocolos de gestión de casos.
- El MFS, la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han proporcionado kits de cólera (suficientes para tratar a 200 personas) con tres kits adicionales (suficientes para tratar a 300 personas) en trámite.
- La OMS apoya el sistema de vigilancia de la calidad del agua, el muestreo y análisis del agua, la gestión integrada de vectores y las actividades de prevención y control de infecciones.
- El Ministerio de Salud del Estado de An Nil al-Azraq y el UNICEF están apoyando las actividades de cloración del agua y la promoción de la salud en las zonas afectadas.
- La OMS está apoyando a las autoridades nacionales para llevar a cabo una campaña de vacunación oral contra el cólera en los estados de An Nil al-Azraq y Sannar.

Evaluación de riesgos de la OMS

Sudán se enfrenta a un aumento continuo de casos de diarrea acuosa aguda/casos sospechosos de cólera desde 2016. El brote actual fue reportado después de recientes tormentas severas e inundaciones en 15 de los 18 estados. Como resultado de las inundaciones, el país informó daños generalizados a la infraestructura, por lo que se pueden esperar más casos de cólera en el futuro. Aunque el Estado del An Nil al-Azraq comparte fronteras con Etiopía y Sudán del Sur, actualmente no hay evidencia de propagación transfronteriza del brote. El Gobierno respondió rápidamente a la detección de casos y las autoridades nacionales están implementando las medidas de control necesarias, con el apoyo de asociados, para contener el brote.

Advertencias de la OMS

La OMS recomienda el manejo adecuado y oportuno de los casos. Los medios más efectivos para controlar el cólera incluyen mejorar el acceso al agua potable y la infraestructura de saneamiento, así como las prácticas de higiene y de seguridad alimentaria en las comunidades afectadas.

Se deben proporcionar a la población mensajes clave de comunicación de salud pública. Se debe considerar la vacunación para complementar las actividades básicas de prevención y control y ayudar a prevenir la propagación del brote. Actualmente se está planificando una campaña de vacunación oral contra el cólera.

La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes o el comercio con Sudán con base en la información actualmente disponible.

EL PAÍS

DERECHOS HUMANOS COMO MEDICINA PARA
LAS TRES GRANDES PANDEMIAS

09/10/2019

Un virus, un parásito y una bacteria. Sida, malaria y tuberculosis. La lucha contra las tres grandes pandemias de la humanidad (cada año matan a casi tres millones de personas) requiere herramientas muy diferentes. Un condón, un mosquitero, una casa ventilada, por poner ejemplos de abordajes de prevención completamente distintos en cada una. Pero también hay otras que sirven para las tres, como el respeto a los derechos humanos.



Asistentes sociales de la ONG Sweat recorren las calles de Cape Town (Sudáfrica) para contactar con las prostitutas y darles apoyo e información sobre el VIH.

La conexión entre derechos fundamentales y salud no siempre es evidente. Pero queda patente en el caso de tres enfermedades a menudo estigmatizadas y cuyos afectados son criminalizados en muchos lugares del mundo, especialmente en el caso del sida y la tuberculosis.

El Fondo Mundial para la lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, un organismo multilateral que canaliza toda la ayuda internacional para acabar contra estas tres epidemias, ha reparado en ello y se ha propuesto multiplicar los recursos que destina a programas relacionados con derechos humanos hasta llegar a 2% de su presupuesto (en sida venía destinando 0,7% y en tuberculosis 0,08%).

Los miembros de esta alianza mundial están reunidos estos días en Lyon en su sexta conferencia de reposición de fondos. Es un encuentro trienal entre los donantes (sobre todo Estados, pero también algunas instituciones privadas y filantrópicas) donde se concreta el compromiso financiero para los siguientes tres años. El presidente del Gobierno de España, Pedro Sánchez Pérez-Castejón, ya adelantó en la última Asamblea General de Naciones Unidas que España vuelve a aportar después de ocho años retirado. Serán 110 millones de dólares que se sumarán a una cifra global que se conocerá el 10 de octubre. El Fondo Global aspira a recolectar al menos 14.000 millones de dólares para lograr sus objetivos: salvar 16 millones de vidas y prevenir 234 millones de infecciones hasta 2022.

Para lograrlo hay que llegar a las poblaciones más vulnerables, que son quienes más sufren esas enfermedades. Trabajadoras sexuales, presos, transexuales, hombres que tienen sexo con hombres y drogadictos son algunos de los colectivos que más padecen estas pandemias. En algunos países, en lugar de contar con una protección y cuidado especial son perseguidos y estigmatizados por las propias autoridades. “Tenemos que centrarnos en llegar a ellos, porque si un sistema de salud los atiende, esto quiere decir que también va a funcionar perfectamente para el resto de los ciudadanos”, reflexionaba Rico Gustav, director ejecutivo de la ONG Red Global de Personas Viviendo con el VIH (GNP+) en una mesa redonda en el marco de la conferencia.

Françoise Barré-Sinoussi, premio Nobel por descubrir el VIH en 1983, señalaba que son precisamente el estigma y la discriminación dos de los mayores obstáculos para acabar con el sida. “Si continúa, no llegaremos a todos los afectados. Llevamos años diciéndolo y no hemos visto mucho progreso, quizás es el área que menos ha avanzado; necesitamos cambiar la mentalidad, ser más tolerantes, educar a la gente”, reflexionaba durante un panel de premios Nobel.

Los expertos, tanto del ámbito médico como los activistas, tienen claro que la tecnología y la ciencia no son suficientes para acabar con las pandemias. El caso de la tuberculosis es paradigmático. Aunque hay variantes de la enfermedad más graves que resisten los antibióticos, la gran mayoría tiene cura con un tratamiento de seis meses. El problema es que no llega a todos los que la necesitan. Es más, aproximadamente un tercio de los 10 millones de personas que se infectan cada año, ni siquiera reciben diagnóstico, con lo que no solo empeora su salud y ponen su vida en riesgo, sino que contagian a los que tienen a su alrededor.

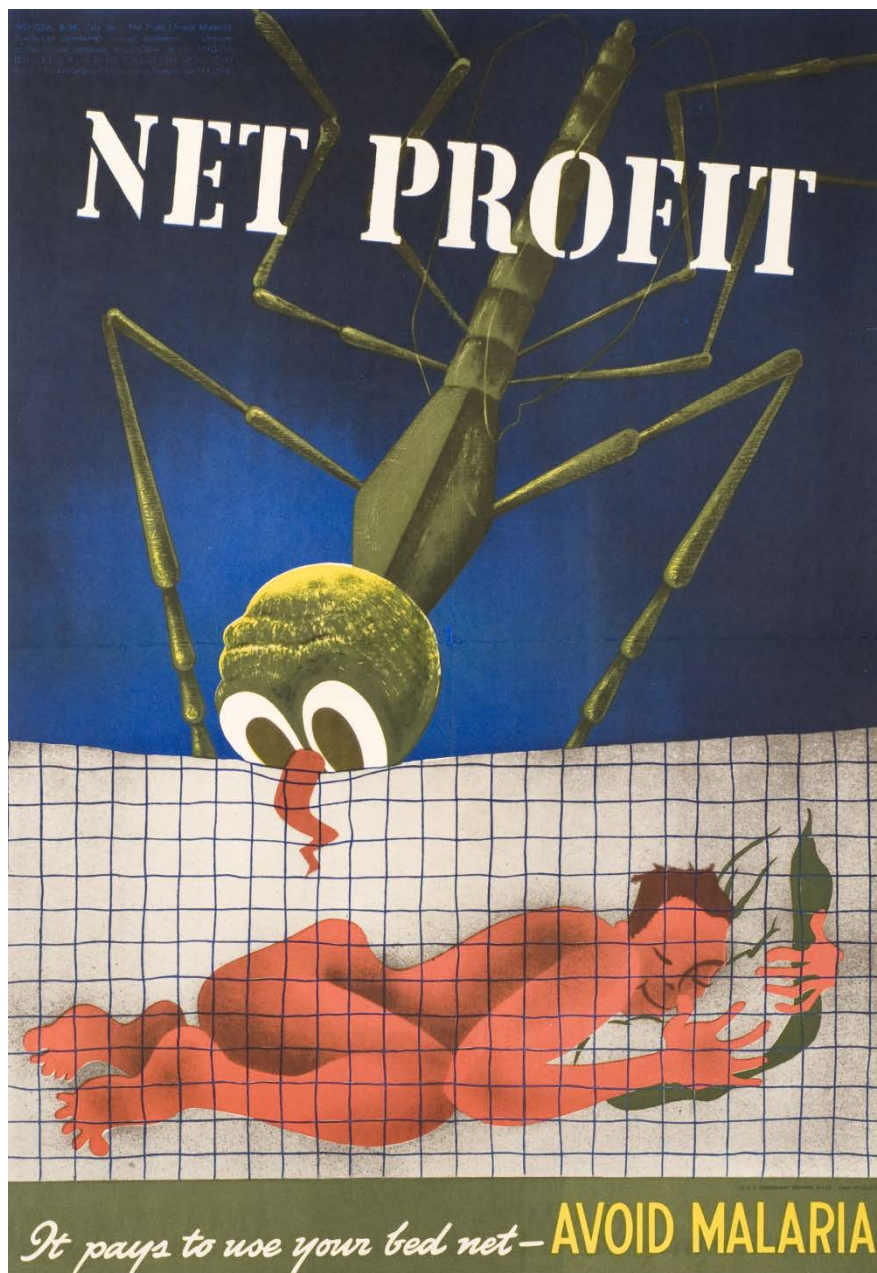
“Este es un ejemplo de cómo los derechos humanos afectan a la salud”, reflexionó Timur Abdullaev, de la ONG TB People. “También lo es cuando la persona sí recibe los fármacos, pero no la información necesaria”, agregó. Es muy frecuente entre enfermos de tuberculosis, si no han recibido el asesoramiento adecuado, que comiencen a tomar el medicamento y lo interrumpan cuando remiten los síntomas. Las consecuencias de esto pueden ser fatales, puesto que el bacilo puede generar resistencias a la enfermedad y convertirse en una muy peligrosa. “Tenemos que educar también a los médicos para que no hablen su idioma, sino uno que los pacientes entiendan, que les pregunten si tienen dudas. Para muchos tener que atender a la comunidad es un dolor de cabeza; hay que mentalizarlos de que es crucial para terminar con la epidemia”, señaló.

El trabajo comunitario en torno a la salud tuvo su origen en el sida. “Nadie conocía el concepto de soporte entre pares antes, y ahora se aplica a cáncer, a tuberculosis y a otras enfermedades”, aseguró Gustav. Se trata de que otros afectados sean los que se acerquen a nuevos pacientes o personas vulnerables para que se hagan pruebas y se traten, algo que ha demostrado una gran eficacia en determinadas poblaciones. Su ONG ha desarrollado lo que llaman el índice del estigma, un estudio social para registrar cuáles son los principales problemas a los que se enfrentan en cada país las personas con VIH. “Para solucionar el problema hay que conocerlo, medirlo”, aseguró.

A diferencia del sida y la tuberculosis, la malaria no está sujeta a este problema. Tener malaria no es visto como una tara social, como pasa en algunos lugares con el sida o la tuberculosis. Pero los derechos humanos también tienen un papel a la hora de frenar esta tercera pandemia, que por ejemplo están sufriendo en gran medida refugiados en campos llenos de mosquitos que no cuentan con medidas protectoras suficientes. O las mujeres, por el hecho de serlo. Olivia Ngou, coordinadora de la Sociedad Civil para la Eliminación de la Malaria (CS4ME), pone un ejemplo: “Hay lugares donde los trabajadores comunitarios son hombres y, por cultura, las mujeres no pueden dejarlos pasar a su casa si están solas. Así que no pueden recibir pruebas diagnósticas ni tratamiento. Si no tienes esto en cuenta, no puedes llegar a esa gente”.

Los progresos contra el sida, la malaria y la tuberculosis fueron espectaculares desde principios de siglo. Las probabilidades de morir de cada una han disminuido 64%, 25% y 30%, respectivamente, desde que se creó el Fondo Mundial, en 2002. En esta sexta conferencia de reposición se trata de sentar las bases para seguir avanzando. No se logrará, dicen los expertos, si no se consigue recaudar al menos 14.000 millones de dólares para los próximos tres años. Este 10 de octubre a mediodía se sabrá si es así.

Publicidad relacionada con la salud



Government Printing Office (Estados Unidos. 1946).

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 persona interesada en recibir el 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.