



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

18 DE DICIEMBRE  
2019  
REC 2.270

## ARGENTINA

- Vigilancia de dengue
- Río Negro: Detectan un murciélago con rabia en Viedma
- Santa Cruz: Brote de esporotricosis de probable transmisión zoonótica en El Calafate

## AMÉRICA

- Bolivia: Reportan un caso sospechoso de fiebre hemorrágica proveniente de Alto Beni

- Estados Unidos: Brote multiestatal de infecciones por *Escherichia coli* O157:H7

## EL MUNDO

- Bangladesh: El dengue podría transformarse en una enfermedad de todo el año
- España: Se disparan en Barcelona las infecciones de transmisión sexual
- España: Brote de ciguatera con seis casos en La Victoria, Tenerife
- Francia: Recomiendan vacunar contra el VPH también a los adolescentes varones
- Islas del Pacífico: Situación epidemiológica del sarampión
- Letonia: Primera muerte humana por rabia desde 2003
- Malawi: Empoderar a los pacientes para liberar al país del VIH
- Nigeria: Reportaron ocho casos de viruela símica en noviembre
- Sudán: Brote de difteria

## Comité Editorial

### Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

### Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA  
ENRIQUE FARIÁS

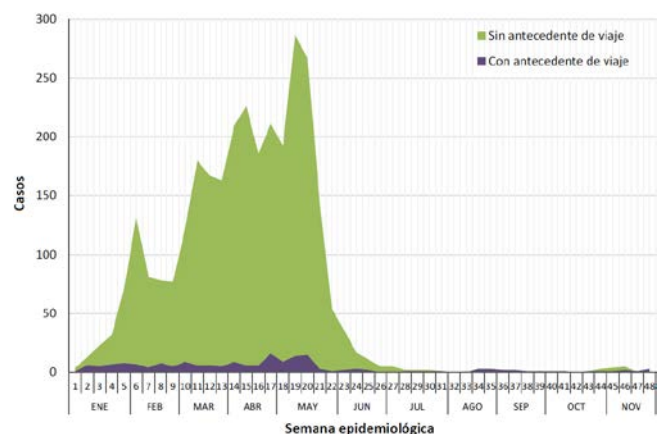
### Editores Asociados

PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // GERMÁN BERNARDI // JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // MARÍA BELÉN BOUZAS // JAVIER CASELLAS // ISABEL CASSETTI // ANA CEBALLOS // SERGIO CIMERMAN // GUILLERMO CUERVO // 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



En Argentina, desde el cierre del período de brote de dengue en la semana epidemiológica (SE) 30 de 2019, se registraron en la provincia de Misiones los primeros casos confirmados de dengue sin registro de antecedente de viaje. Si bien se aguardan los resultados de la investigación en la provincia, sería la primera evidencia de circulación viral en Argentina en la presente temporada. Esta situación, sumada al registro regular de casos importados de dengue de otros países en el actual escenario de alerta regional, eleva la situación de riesgo de circulación para dengue y otros arbovirus en las provincias con presencia del vector.



**Gráfico 1** Casos positivos (confirmados y probables), según antecedente de viaje y semana epidemiológica de inicio de síntomas o consulta. Argentina, Año 2019, hasta semana epidemiológica 48. N=3.209. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En la provincia de Misiones, el primer caso detectado correspondió a un caso aislado confirmado del serotipo DENV-1 en Puerto Iguazú, en la SE 36. Posteriormente se registraron casos positivos en Garupá en las SE 39 y 43 (un caso confirmado DENV-1 y un caso probable), en Almirante Brown entre las SE 41 a 46 (dos casos confirmados DENV-1 y seis probables) y en Puerto Iguazú en las SE 45 y 46 (dos casos probables). Se encuentran en curso la investigación y las acciones de control en la jurisdicción.

Además, entre las SE 31 a 47, se registraron otros ocho casos probables de dengue que no cuentan con registro de antecedentes de viaje distribuidos en provincia de Buenos Aires (4), Chaco (2) y Tucumán (1). Estos casos comenzaron con síntomas entre las SE 31 a 47.


Por otra parte se registraron 24 casos importados –14 confirmados y 10 probables–, que presentan antecedente de viaje principalmente a México –con identificación del serotipo DENV-1 y DENV-2– y Cuba, así como también Colombia, Brasil, Vietnam, India y República Dominicana. Los mismos se distribuyeron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (11) y las provincias de Buenos Aires (7), Santa Fe (3), Córdoba (1) y Entre Ríos (1), y fueron detectados entre las SE 31 y 48.

En el transcurso de 2019 se registraron brotes de dengue desde la SE 1 hasta la SE 30, evidenciándose un aumento desde la SE 2 y dos picos de incidencia de casos, un primer pico en la SE 6 y un segundo incremento a partir de la SE 11, con un máximo en la SE 19 (ver Gráfico

1). Desde la SE 19 se registró un descenso en el número de casos positivos autóctonos e importados y un incremento en la detección de casos importados entre las semanas 34 y 35. La curva refleja un aumento en la notificación de casos sin registro de viaje a partir de la SE 44, coincidente con el registro de los primeros casos confirmados en la provincia de Misiones.

Provincia/Región	Sin antecedente		Con antecedente	
	Confirmados	Probables	Confirmados	Probables
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	24	10	28	13
Buenos Aires	54	59	18	20
Córdoba	2	1	10	2
Entre Ríos	—	—	2	1
Santa Fe	474	21	9	7
<b>Centro</b>	<b>554</b>	<b>91</b>	<b>67</b>	<b>43</b>
Mendoza	—	—	—	2
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	1	1
<b>Cuyo</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Corrientes	—	—	3	1
Chaco	55	63	4	3
Formosa	5	14	—	—
Misiones	284	247	10	9
<b>Noreste Argentino</b>	<b>344</b>	<b>324</b>	<b>17</b>	<b>13</b>
Catamarca	—	—	1	—
Jujuy	409	352	2	6
La Rioja	—	—	—	—
Salta	401	531	8	10
Santiago del Estero	2	5	4	1
Tucumán	2	4	5	1
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>814</b>	<b>892</b>	<b>20</b>	<b>18</b>
Chubut	—	—	1	1
La Pampa	—	—	1	—
Neuquén	—	—	2	1
Río Negro	—	—	1	1
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>1.712</b>	<b>1.307</b>	<b>110</b>	<b>80</b>

**Tabla 1.** Casos notificados, según antecedentes de viaje y provincia y región. Argentina. Año 2019, hasta semana epidemiológica 48. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.<sup>1</sup>



*RÍO NEGRO*

DETECTAN UN MURCIÉLAGO CON RABIA EN VIEDMA

13/12/2019

La Coordinación de Salud Ambiental de Río Negro confirmó la presencia de un murciélago con rabia en el barrio Ceferino de Viedma. Al conocerse este escenario, se dispuso un operativo de vacunación en la junta vecinal para perros y gatos que se inició el 13 de diciembre.

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

Las autoridades sanitarias de Viedma aclararon que la medida es parte del protocolo a implementar en estas situaciones. Cabe destacar que en el caso de la aparición de este virus, las vacunas son totalmente gratuitas.

Además de la vacunación, se estará brindando información acerca de la rabia y las medidas de prevención a tener en cuenta en estos casos.

 <p>SANC RED NACIONAL DE HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD HOSPITAL GOBERNADOR CEPERNIC PRESIDENTE KIRCHNER</p>	<b>SANTA CRUZ</b>
<b>BROTE DE ESPOROTRICOSIS DE PROBABLE TRANSMISIÓN ZONÓTICA EN EL CALAFATE</b>	
<b>11/12/2019</b>	

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 49 de 2018 y la SE 48 de 2019 se detectaron en la localidad de El Calafate cuatro casos de esporotricosis humana. En dos de los casos el diagnóstico fue confirmado microbiológicamente en el Laboratorio Nacional de Referencia de Micología Clínica (LNRM) del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS). El hongo identificado fue *Sporothrix brasiliensis*. El tercer y el cuarto caso fueron clasificados como probables por nexo epidemiológico con felinos fallecidos con clínica y hallazgos histopatológicos compatibles con la enfermedad.

Hasta el momento, cuatro gatos fallecidos fueron identificados retrospectivamente como enfermos, todos con nexo epidemiológico con los casos humanos. Además, tres de ellos fueron asistidos por la misma médica veterinaria, que es a su vez, uno de los casos confirmados por el LNRM. Habría dos casos sospechosos más en felinos (uno con nexo epidemiológico con al menos uno de los gatos fallecidos).

Los casos reportados y en estudio constituyen los más australes con implicancia clínica de los que se tenga conocimiento, considerando que El Calafate se encuentra geográficamente situado a 50° de latitud Sur, y 72° de longitud Oeste.

Durante el período del brote la temperatura promedio anual ha sido de 7,6°C, alcanzando su valor máximo el 15 de febrero de 2019, con 28,5 °C, y el mínimo el 16 de agosto de 2019, con -11°C. Al día de la fecha la investigación sigue en curso.

### **Antecedentes epidemiológicos en Argentina**

A pesar de ser un evento notificable al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), la esporotricosis no es un evento de notificación obligatoria en Argentina. Más allá de su relevancia clínica, su prevalencia e incidencia son desconocidas. Estudios realizados sobre cepas depositadas entre 1984 y 2017 en la colección de cultivos del Departamento Micología del INEI-ANLIS determinaron que las especies circulantes en el país son *S. schenkii sensu estricto*, *S. brasiliensis* y *S. globosa*. Las cepas analizadas fueron aisladas entre 1984 y 2017 de casos humanos, animales y del ambiente de diferentes provincias por encima del paralelo de 35° de latitud Sur: Buenos Aires (13 casos), Chaco (4), Misiones (3) y San Luis (1). *S. brasiliensis* fue aislado de humanos (4 casos), animales (2) y del ambiente (2).

Entre las cuatro cepas aisladas en humanos, una corresponde a un paciente de Misiones de 1986. Las tres restantes fueron de pacientes residentes de la provincia de Buenos Aires: el primero, en 1988, había sido arañado por un gato; el segundo, en 2011, había sido mordido por roedores y el tercero del mismo año había utilizado pulpa de aloe vera para la curación de una herida en la piel.

Las dos cepas de animales fueron aisladas en 2011 de gatos domésticos residentes en Buenos Aires, mientras que la cepa ambiental provenía del suelo de cuevas de armadillos en Chaco.

En 2015, se documentaron cuatro casos ocurridos entre 2011 y 2014, en el noroeste del conurbano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir del contacto con gatos domésticos infectados. En uno de los casos la especie fue identificada como *S. brasiliensis*.

En 2019, se reportaron los casos de una niña de 2 años y un veterinario de Los Polvorines, provincia de Buenos Aires, con esporotricosis por *S. brasiliensis* por transmisión zoonótica a partir del gato de la niña.

Recientemente, fue documentado un nuevo caso de transmisión zoonótica de *S. brasiliensis* por un gato a una paciente y a la veterinaria que atendió el felino en El Tigre, provincia de Buenos Aires. El caso de la paciente fue diagnosticado en el Hospital Alemán de Buenos Aires, y el de la veterinaria en el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas 'Norberto Camilo Quirno Costa', de Buenos Aires.

Por el momento los brotes documentados de esporotricosis en Argentina ocurrieron en áreas geográficas con climas tropicales y subtropicales por encima de los 35° de latitud Sur. El reporte de un brote en la zona austral del país (50° de latitud Sur), alerta sobre la capacidad del hongo para sobrevivir en climas extremos.<sup>2</sup>

## América



BOLIVIA

REPORTAN UN CASO SOSPECHOSO DE FIEBRE  
HEMORRÁGICA PROVENIENTE DE ALTO BENI

16/12/2019

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz confirmó el 16 de diciembre la existencia de un caso sospechoso de fiebre hemorrágica en el Hospital del Norte, en El Alto. El paciente es un hombre de 47 años, proveniente de Alto Beni, que fue internado el 13 de diciembre y se le realizan análisis para descartar Arenavirus o Hantavirus.

<sup>2</sup> Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).



El presidente del Colegio Médico de La Paz, Luis Orlando Larrea García, informó que están esperando un informe por parte del SEDES y denunció que el Hospital del Norte no está en condiciones para atender este tipo de casos.

“Lo que nos llama la atención es que la anterior Ministra de Salud, Lilly Gabriela Montaña Viaña, lo que ha hecho es mentir a

la población. Ella ha dicho que ha equipado un consultorio en el Hospital del Norte y sabemos que ha sido desmantelado o no tiene las condiciones para realizar la atención”, sostuvo Larrea García.

El 26 de noviembre y tras 153 días de lucha contra el Arenavirus fue dado de alta el médico Marco Antonio Ortiz, cuyo contagio provocó el fallecimiento de sus colegas Gustavo Sergio Vidales Mostajo y Ximena Cuéllar Alípaz. Es el único sobreviviente de las cuatro personas que contrajeron la enfermedad, tras el brote que se presentó en las Yungas con el paciente cero.

El 4 de junio murió Cuéllar Alípaz, médica internista que trabajaba en el Hospital de Caranavi, y el 10 de julio, se produjo el deceso de Vidales Mostajo. Antes de ambos fallecimientos, se registró la muerte de Macario Girona, un agricultor de 76 años.

El virus Machupo (miembro de la familia *Arenaviridae*, género *Arenavirus* del Nuevo Mundo, complejo Tacaribe) es el causante de la fiebre hemorrágica boliviana, una enfermedad zoonótica viral, también conocida como tifus negro. Fue aislado en 1959.



ESTADOS UNIDOS

BROTE MULTIESTATAL DE INFECCIONES  
POR *ESCHERICHIA COLI* O157:H7

09/12/2019

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), funcionarios de salud pública y reguladores de varios estados y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) están investigando un brote multiestatal de infecciones por *Escherichia coli* O157: H7 productora de toxina Shiga. Esta investigación incluye casos en Canadá reportadas recientemente por la Agencia de Salud Pública de Canadá. Este brote es causado por una cepa diferente de *E. coli* O157: H7 que el brote actual vinculado a la escarola proveniente de la región de cultivo de Salinas, California.

La secuenciación del genoma completo de las bacterias *E. coli* aisladas de personas enfermas en Estados Unidos y Canadá demostró que están estrechamente relacionadas genéticamente. Esto significa que las personas en este brote tienen más probabilidades de compartir una fuente común de infección.

Hasta el 9 de diciembre de 2019, un total de ocho personas infectadas con la cepa del brote de *E. coli* O157: H7 han sido reportadas en tres estados: Minnesota (4 casos), Wisconsin (3) y North Dakota (1).

Las enfermedades comenzaron entre el 5 y el 15 de noviembre de 2019. Los casos tienen entre 21 y 91 años, con una edad promedio de 32 años. Entre las personas enfermas, 63% son mujeres. Tres de las ocho personas enfermas han sido hospitalizadas, incluida una persona que desarrolló síndrome urémico hemolítico. No se han reportado muertes.

La información recopilada hasta la fecha indica que los kits de ensalada picada Fresh Express Sunflower Crisp son una fuente probable de este brote.

Los funcionarios de salud pública estatales y locales están entrevistando a los casos para determinar qué consumieron y otras exposiciones en la semana previa al comienzo de su enfermedad. De las siete personas enfermas con información disponible, las siete (100%) informaron haber comido hojas verdes en la semana anterior al comienzo de la enfermedad. Seis casos informaron haber consumido un kit de ensalada Fresh Express Sunflower Crisp.

La investigación continúa para determinar qué ingrediente de la ensalada estaba contaminado. La escarola es uno de los ingredientes del kit de ensaladas, pero aún no se sabe si este brote está relacionado con un brote actual relacionado con la escarola cultivada en el área de Salinas, California. La información preliminar indica que la escarola en los kits de ensalada que consumieron algunos de los casos probablemente provenía del área de Salinas.

## El mundo

bdnews24

BANGLADESH

EL DENGUE PODRÍA TRANSFORMARSE EN  
UNA ENFERMEDAD DE TODO EL AÑO

14/12/2019

El brote de dengue que comenzó a mediados de año continúa enviando pacientes a los hospitales de Bangladesh.

La enfermedad puede convertirse en una nueva normalidad, que ocurre más o menos durante todo el año, ya que el mosquito que porta el virus se ha extendido a casi todas las regiones del país este año.

Para exterminar a los mosquitos vectores *Aedes aegypti*, los expertos aconsejaron al gobierno que no descuide los programas de control vectorial.

Los hospitales de todo Bangladesh admitieron un total de 100.923 pacientes con dengue en lo que va del año, según la Dirección General de Servicios de Salud. El gobierno ha confirmado





informes de 133 muertes por la enfermedad este año. Estas cifras rompieron todos los récords este año. En 2002, fueron afectadas por el dengue 6.232 personas.

La prevalencia del dengue fue alta entre 2000 y 2006, cuando un total de 15.125 personas fueron hospitalizadas y 233 murieron.



La prevalencia de la enfermedad disminuyó ligeramente en el período comprendido entre 2007 y 2014, durante el cual el número total de personas afectadas por el dengue fue de 6.656 y el número de muertes fue de nueve.

La enfermedad comenzó a aumentar nuevamente en 2015, cuando 22.139 personas fueron diagnosticadas con dengue y 54 murieron a causa de la enfermedad.

“La prevalencia del dengue ha aumentado constantemente en los últimos años. A medida que los mosquitos vectores se han extendido por todo el país, el virus también se ha propagado”, dijo Kabirul Bashar, profesor de zoología en la Universidad Jahangirnagar.

“La lluvia, la humedad y la temperatura han actuado como catalizadores para ayudar a los mosquitos a reproducirse”, dijo Kabir.

“Sucedió no solo en Bangladesh sino también en los países vecinos. El dengue puede estar activo casi todo el año a partir de ahora”, agregó.

Las medidas, como las de control de vectores y los programas de sensibilización, han perdido impulso después que el brote disminuyó. “Pero estos esfuerzos deben continuar”, dijo Kabir.

“El dengue es ahora endémico en Bangladesh”, informó Meerjady Sabrina Flora, directora del Instituto de Epidemiología, Control e Investigación de Enfermedades (IEDCR). “Puede convertirse en una carga a menos que se tomen medidas efectivas para controlar los mosquitos fuera de Dhaka”.



“Hemos dicho repetidamente que *Aedes albopictus* se está extendiendo fuera de Dhaka. La naturaleza de *Ae. albopictus* es diferente de la de *Ae. aegypti*. Los recipientes con agua son sus zonas de reproducción. Será difícil controlar a *Ae. albopictus* hasta que las actividades de control de vectores no sean tomadas con seriedad”.

“El gobierno local puede desempeñar un papel clave en la prevención del dengue en todo el país”, agregó Flora.

A fines de julio de este año, las corporaciones de Dhaka, el epicentro del brote, lanzaron una ‘operación de peinado’ y muchos otros programas para destruir los mosquitos *Aedes* y sus criaderos en medio de un brote masivo de dengue en el país.

Como parte de los programas, la Corporación de la Ciudad del Norte de Dhaka (DNCC) llevó a cabo inspecciones y multó a algunos propietarios de edificios por la presencia de larvas del mosquito *Aedes* en sus propiedades.



“El programa de control vectorial recuperó el ímpetu recientemente después de que se desaceleró por un tiempo”, dijo Mominur Rahman Mamun, director de salud del DNCC.

“Ponemos énfasis en el control de los mosquitos *Culex*, que ha sido controlado con las medidas necesarias. Ahora, estamos priorizando el dengue. En cada sala, ocho miembros del personal están trabajando en el control de los mosquitos y en la destrucción de los criaderos”.

---

**EL PAÍS****ESPAÑA****SE DISPARAN EN BARCELONA LAS  
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL****11/12/2019**

---

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) siguen disparadas en Barcelona. Si bien el VIH ha caído (332 casos en 2018, 10,5% menos que el año anterior), los casos de gonorrea, sífilis y clamidiosis continúan desbocados, sobre todo entre los hombres. La tasa de sífilis cada 100.000 habitantes entre ellos está en 161,9 casos, 158% más que en 2015. La gonorrea en el colectivo masculino también se ha cuadruplicado en ese mismo período (273,3 casos cada 100.000 personas) y la clamidiosis se mantiene al alza en hombres y mujeres con una tasa de 163,7 casos. Los expertos alertan de que se ha perdido la percepción de riesgo.



Barcelona registró 1.364 casos de sífilis y 2.470 de gonorrea en 2017. La mayoría, en hombres que tienen sexo con hombres. La clamidiosis también aumentó, 73% entre 2015 y 2018 (2.687 infecciones). En este caso, no obstante, la mitad de los nuevos diagnósticos son mujeres.

La única ITS que se mantiene estable y, de hecho, ligeramente a la baja, es el VIH. El virus del sida afectó a 332 personas el año pasado, la mayoría (80%), hombres que tienen sexo con hombres. En 2017 se registraron 371 nuevos diagnósticos. Los casos de sida también se redujeron 27%, de 51 a 37 casos en un año.

Con todo, el auge de las ITS no es nuevo. Tampoco único de Barcelona. Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la gonorrea se quintuplicó en 10 años (8.722 casos en 2017). En ese mismo período, la sífilis creció 155% (4.941 afectados en 2017).

“No podemos bajar la guardia en la prevención de la salud sexual y reproductiva”, insistió ayer la comisionada de Salud del Ayuntamiento de Barcelona, Gemma Tarafa i Orpinell. Estos microorganismos tienen una capacidad de contagio alta y, aunque disponen de un tratamiento antibiótico que suele funcionar muy bien, las cadenas de transmisión pueden ser muy importantes. “Son de difícil control epidemiológico porque la gente no te suele decir quiénes han sido sus contactos sexuales”, apostilló Antoni Trilla García, jefe de epidemiología del Hospital Clínic i Provincial.

Los expertos consultados coinciden en que ha bajado la percepción de riesgo. “Todo el mundo sabe lo que son y no ven mayor importancia. Se ha perdido el miedo al contagio”, valoró Trilla. Coincide Joan Colom i Farran, subdirector general de Drogodependencias de la Generalitat: “Es verdad que, igual que en Europa, existe una disminución de la sensibilización con medidas de protección, como el uso del preservativo. Pero también influyen otros factores, como la mejora de la declaración de los casos. Además, ahora la gente tiene más parejas y relaciones más frecuentes de las que podía haber hace años”.

“Se usa menos el condón por una disminución de la percepción de riesgo y una falta de campañas de promoción de su uso. Además, hay un cambio de conductas sexuales por el uso de aplicaciones móviles y el uso de drogas”, apuntó el investigador Oriol Mitjà Villar. Precisamente, el médico está inmerso en un ensayo clínico para encontrar, entre moléculas de antibióticos conocidos, alternativas terapéuticas contra la sífilis.

La llegada de la profilaxis pre-exposición (PrEP), el antirretroviral preventivo para evitar nuevas infecciones de VIH entre colectivos que tienen prácticas de riesgo (sin condón), también preocupa a los expertos. “Cualquier cosa que reduzca la percepción de riesgo requiere hacer una vigilancia selectiva de las ITS para ver qué pasa”, apuntó Trilla. La PrEP no protege de otras ITS pero los estudios previos apuntan a que no habría un incremento de estas infecciones. “Si aplicamos la PrEP tal y como la entendemos, es una estrategia donde podemos hacer un seguimiento y análisis a los potenciales usuarios. Si tuviese alguna, se detectaría rápido porque está controlado”, agregó Colom.

En lo que sí coinciden los epidemiólogos es en la necesidad de incrementar la educación sexual y los programas de prevención. Tarafa anunció que reforzarán los programas de atención a la salud sexual y reproductiva en las escuelas y la formación a los profesionales que trabajan, a pie de calle, estas cuestiones con los jóvenes.

**EL DÍA**  
LA OPINIÓN DE TENERIFE

ESPAÑA

BROTE DE CIGUATERA CON SEIS CASOS  
EN LA VICTORIA, TENERIFE

16/12/2019

La Dirección de Salud Pública del Gobierno de Canarias, adscrita a la Consejería de Sanidad, notificó a los profesionales sanitarios, a través de un comunicado interno, un posible brote de ciguatera tras hallar seis casos de intoxicación alimentaria tras consumir un medregal negro (*Seriola rivoliana*).

Los casos de ciguatera son habituales en las Islas Canarias, según la Dirección de Salud Pública, que llamó a la calma a la población a raíz de estos casos. De hecho, cada año se notifican entre tres y cuatro casos en las islas, por



Medregal negro (*Seriola rivoliana*)

lo que entra dentro de la normalidad realizar avisos informativos sobre este tipo de circunstancias en los centros de salud.

Más infrecuentes son los brotes, pues desde 2008 se han notificado una veintena de ellos, con 121 casos. Esta patología se añadió a la lista de enfermedades de declaración obligatoria tras la aparición en Tenerife, a finales de 2008 y principios de 2009, de dos brotes de intoxicación alimentaria por ciguatera asociados al consumo de medregal capturado en aguas cercanas a las Islas Canarias.

Desde entonces, Salud Pública ha puesto en marcha una serie de actuaciones dirigidas a evaluar si estos procesos pudieran estar vinculados con la presencia de ciguatoxinas en el medio marino de Canarias (en cuyo caso es posible esperar la aparición de más casos), o si por el contrario se trata de sucesos puntuales relacionados con peces migratorios procedentes de zonas de riesgo y que de forma ocasional fueron capturados a su paso por las aguas cercanas a las islas.

Por esta razón, cada vez que hay sospecha de que un caso de intoxicación alimentaria pueda tener este origen, se realiza una petición a los profesionales de los centros de salud para que estén atentos a los pacientes que acuden con síntomas relacionados con una intoxicación de este tipo.

Especialmente porque no es posible detectar la toxina que lo produce en el paciente, y hay que tratar de analizar directamente el pescado consumido por los afectados. Los médicos y enfermeros, en este caso, deben verificar si quedan restos del pescado consumido para recoger y analizar.<sup>3</sup>

	<p style="text-align: right;"><i>FRANCIA</i></p> <p style="text-align: center;">RECOMIENDAN VACUNAR CONTRA EL VPH TAMBIÉN A LOS ADOLESCENTES VARONES</p> <p style="text-align: right;"><i>16/12/2019</i></p>
---	--

A partir de junio de 2020, Francia podría proponer la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) a toda la población adolescente. Actualmente, en el país, solo tres segmentos

<sup>3</sup> Las ciguatoxinas son toxinas producidas por las microalgas dinoflageladas *Gambierdiscus toxicus*, que se acumulan en los pescados y mariscos de aguas tropicales que se alimentan de dichas algas. Las personas que comen pescado o marisco con ciguatoxinas pueden sufrir una intoxicación alimentaria denominada ciguatera, que en la actualidad está considerada como la intoxicación por biotoxinas marinas más común a nivel mundial.

A pesar de que estas algas habitan en aguas cálidas, debido al calentamiento global de los océanos y mares, cada vez son más frecuentes en zonas templadas. Además del cambio climático, la globalización del comercio también aumenta la presencia de ciguatoxinas en Europa, por lo que la ciguatera está considerando un riesgo emergente para la salud humana en los países de la Unión Europea.

La ciguatera presenta una gran variedad de síntomas con efectos gastrointestinales, cardiovasculares y neurológicos, y afecta de 10.000 a 50.000 personas al año en todo el mundo, aunque se estima que solo se notifican entre 2 y 10% de los casos, por lo que su incidencia real se considera mucho mayor.

En los últimos años han aumentado los brotes de ciguatera, por lo que la Comisión Europea recomendó a los Estados miembros que incluyan la ciguatera como riesgo emergente en sus programas de Gestión de Riesgos. Como consecuencia, en las zonas endémicas afectadas ha sido prohibida la captura de muchas especies, lo que conlleva implicaciones para la seguridad alimentaria y para el sector pesquero.

Las ciguatoxinas son termoestables, por lo que no se eliminan al cocinarlas, ni tampoco es efectiva la congelación ni la depuración de los peces y mariscos contaminados. Además, son incoloras, inodoras e insípidas, lo que dificulta su detección en los alimentos.



de la población son prioritarios para esa vacuna: las adolescentes de 11 a 14 años –y hasta 19 años en ciertos casos–, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas con inmunodeficiencia.

Siguiendo una recomendación de la Alta Autoridad Sanitaria francesa, que estima que la generalización de esa vacunación a todos los sexos permitiría reducir la transmisión en toda la población, sin importar la orientación sexual.

Francia sigue los pasos de Estados Unidos y Gran Bretaña que decidieron también generalizar las campañas de vacunación contra el VPH a los adolescentes varones. En un informe de agosto de 2019, especialistas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recordó que 92% de los cánceres causados por el VPH podrían prevenirse mediante vacunación, y agregaron que impulsar la cobertura de inmunización era una prioridad clave.

Las enfermedades vinculadas con esos virus pueden, años más tarde, ser causa de cáncer de cuello uterino, de la vagina, del pene, del ano y de la garganta.

En Francia, a diez años del inicio de la campaña de vacunación contra los VPH, la cobertura vacunal solo es de 24% entre las mujeres y de 15% entre los hombres que tienen relaciones con hombres, según cifras de la autoridad sanitaria francesa, que juzga esas cifras “altamente insuficientes”. El objetivo es alcanzar una cobertura de 60% en esas poblaciones.

Un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud advirtió, sin embargo, que dada la escasez actual de vacunas contra el VPH, la política de vacunación de los adolescentes varones debería suspenderse hasta la reconstitución de los stocks de vacunas.



*ISLAS DEL PACÍFICO*

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL SARAMPIÓN

15/12/2019

Los países y áreas insulares del Pacífico están respondiendo a brotes de sarampión y los casos se notifican por primera vez desde 2014.<sup>4</sup>

Se registra una reemergencia de casos de sarampión en todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2017. En la Región de Asia-Pacífico, se han notificado brotes de sarampión en países donde la enfermedad había sido eliminada previamente (Australia, Camboya, Japón, Nueva Zelanda, República de Corea) y en países endémicos con altas tasas de incidencia (Laos, Malasia, Filipinas, Tailandia y Vietnam).

<sup>4</sup> En 2014, tres países –los Estados Federados de Micronesia, las Islas Salomón y Vanuatu–, experimentaron brotes de sarampión.

La siguiente es una breve actualización sobre la situación del sarampión en los países y áreas insulares del Pacífico:

- **Samoa:** El 16 de octubre de 2019, el Ministerio de Salud del país declaró un brote de sarampión, y se declaró el estado de emergencia el 15 de noviembre de 2019. Entre el 1 de enero y el 4 de diciembre de 2019, han sido reportados 4.217 casos confirmados y sospechosos, incluidas 62 muertes asociadas al sarampión, con la mayoría de los casos reportados entre niños menores de 5 años.

En 2018, la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estimaron que la cobertura nacional de inmunización de rutina para la primera dosis de la vacuna con componente antisarampionoso (MCV1) y para la segunda dosis (MCV2) era de 31% y 13% respectivamente.

- **Tonga:** El 22 de octubre, el Ministerio de Salud de Tonga declaró un brote de sarampión. El primer clúster de casos se presentó entre jugadores de rugby adolescentes que habían viajado a Auckland, Nueva Zelanda. El brote se ha caracterizado por la transmisión en las escuelas y ha afectado principalmente a varones adolescentes y adultos jóvenes. El 84% (260 casos) de los casos corresponde a personas de entre 10 y 24 años de edad. Hasta el 2 de diciembre de 2019, se han informado 440 casos confirmados o sospechosos y ninguna muerte. La mayoría de los casos son hombres y han sido reportados en la isla de Tongatapu. No se han reportado muertes relacionadas con el sarampión.

En 2018, el Ministerio de Salud de Tonga estimó que la cobertura nacional de vacunación de rutina con MCV1 y MCV2 era superior a 95%.

- **Fiji:** Entre el 1 de enero y el 3 de diciembre de 2019, se han informado 15 casos confirmados, de los cuales 11 casos eran oriundos de la subdivisión Serua/Namosi o estaban relacionados con casos en la misma, dos de Suva y dos de la subdivisión Rewa. No se han reportado muertes relacionadas con el sarampión.

En 2018, la OMS y el UNICEF estimaron que la cobertura nacional de inmunización de rutina para MCV1 y MCV2 era de 94%.

## Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud de cada país afectado está coordinando los esfuerzos de respuesta con el apoyo de la OMS y sus asociados. A continuación se resume una respuesta de salud pública más detallada por país:

- **Samoa:** El 20 de noviembre de 2019, las autoridades de Samoa lanzaron una campaña de vacunación masiva que inicialmente se dirigió a todos los niños de 6 meses a 19 años y a las mujeres de 20 a 35 años (a menos que estén embarazadas). El 2 de diciembre de 2019, el grupo de edad objetivo se amplió para incluir a personas de 6 meses a 60 años. Hasta el 1 de diciembre de 2019, se administraron más de 77.000 dosis de la vacuna con componente antisarampionoso a través de la campaña de vacunación masiva iniciada el 20 de noviembre por el Ministerio de Salud. La gestión de casos y los servicios de atención clínica están sobrecargados, particularmente las salas de cuidados intensivos y pediátricos en el hospital principal de la capital, Apia. Los equipos médicos internacionales de emergencia apoyan el manejo clínico de los casos y ayudan a capacitar a los trabajadores de la salud.
- **Tonga:** La inmunización de respuesta al brote está en curso para grupos de alto riesgo, incluidos estudiantes de secundaria y niños. A partir del 3 de diciembre de 2019, más de

15.000 personas han recibido la vacuna con componente antisarampionoso como parte de los esfuerzos de respuesta al brote.

- **Fiji:** Las actividades de respuesta están en curso y más de 100.000 personas han sido vacunadas en la fase uno de las actividades de inmunización suplementaria (AIS). La posterior ronda de AIS comenzó el 4 de diciembre en grupos de riesgo clave.

## **Evaluación de riesgos de la OMS**

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa y sigue siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad entre los niños pequeños a nivel mundial, a pesar de la disponibilidad de una vacuna segura y efectiva. A nivel mundial, ha habido una tendencia creciente de sarampión en todas las regiones, con el reemergencia de sarampión endémico y brotes en países que previamente habían alcanzado el estado de eliminación. Esto refleja el riesgo de que el virus del sarampión se propague cuando hay una variabilidad en la cobertura de inmunización a nivel distrital y local, o brechas en la inmunidad de la población entre subpoblaciones específicas y grupos marginados. Los bebés demasiado pequeños para ser vacunados tienen el mayor riesgo de sarampión; sin embargo, los bebés y aquellos con contraindicaciones médicas para la vacunación contra el sarampión pueden protegerse mediante la inmunidad de rebaño, cuando las tasas de cobertura de inmunización son altas (mayores de 95%). Los bebés, las poblaciones con acceso deficiente a los servicios de atención médica y las comorbilidades, como la desnutrición, incluida la deficiencia de vitamina A, son más vulnerables a las infecciones y tienen un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave.

Los movimientos poblacionales son un factor importante en la propagación del sarampión, lo que se ha demostrado a través de la notificación de casos importados en varios países de la región. Los países que experimentan movimientos regulares de turistas o trabajadores con el extranjero, en particular los que viajan hacia y desde los países afectados por el sarampión, corren el riesgo de contraer sarampión, y los países con coberturas de inmunización a nivel de distrito y local por debajo de 95% son vulnerables a los brotes.

Todos los años se reportan casos de sarampión en la Región del Pacífico Occidental. Los brotes más recientes en la región han sido favorecidos por una baja cobertura de inmunización debido a brechas en los programas de inmunización de rutina.

Dado que muchos países y áreas insulares del Pacífico son destinos turísticos populares, a causa de las próximas vacaciones es esperable que aumente el número de viajeros. Además, no se puede descartar el riesgo de propagación a las islas vecinas y otros países. Además, el contexto de los países y áreas insulares del Pacífico es único debido a:

- el entorno de las islas y el relativo aislamiento geográfico,
- el abundante movimiento poblacional entre los países y áreas insulares del Pacífico y hacia otros países de la Región,
- la alta interacción entre los pueblos,
- la ausencia de circulación del virus del sarampión durante muchos años en la mayoría de los países y áreas insulares del Pacífico y, por lo tanto, una experiencia limitada en el manejo de casos,
- la acumulación de poblaciones susceptibles en varios países y áreas insulares del Pacífico (cohortes vacunadas pero no inmunizadas, cobertura de vacunación subóptima en varios países y áreas insulares del Pacífico e inmunidad de la población por debajo de los umbrales de inmunidad de rebaño en otros.



## Consejos de la OMS

El sarampión tiene un largo período de incubación con un tiempo promedio entre la exposición y la aparición de los primeros síntomas de aproximadamente 10 a 12 días y de la exposición a la aparición de erupciones cutáneas un promedio de 14 días (con un rango de 7 a 23 días), lo que significa que los viajes internacionales puede completarse antes de que un viajero infectado se vuelva sintomático. Los casos pueden ser infecciosos aproximadamente 3 días antes y 4 días después de que la erupción aparezca.

La inmunización es la medida preventiva más efectiva contra el sarampión. Se recomienda una alta cobertura de vacunación de al menos 95% con dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso para garantizar la inmunidad.

Si bien no existe un tratamiento antiviral específico para el sarampión, se debe administrar vitamina A a todos los casos agudos, independientemente cuando haya recibido dosis previas de esta vitamina. Es fundamental reconocer y tratar rápidamente las complicaciones del sarampión para reducir la mortalidad y la gravedad de la enfermedad.

Los países necesitan identificar los individuos y grupos de población susceptibles y considerar la realización de AIS para cerrar las brechas de inmunidad. Las estrategias personalizadas para llegar a las poblaciones de mayor edad y los grupos marginados son importantes.

Debe aprovecharse cada oportunidad para vacunar a niños, adolescentes y adultos susceptibles. También debe recomendarse la vacuna con componente antisarampionoso para las personas susceptibles que tienen la intención de viajar a países donde el sarampión es endémico y donde hay brotes en curso.

Los trabajadores de la salud deben vacunarse para proteger al personal y las poblaciones vulnerables a las que sirven. Las personas con un estado de vacunación incierto o un historial desconocido de enfermedad deben comprobar su estado de inmunidad y vacunarse en consecuencia.

Con brotes en curso en todas las regiones, la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental insta a los Estados miembros a consultar e implementar la siguiente guía de la OMS, que proporciona recomendaciones específicas para fortalecer la preparación y la respuesta a los brotes de sarampión. Esto incluye procedimientos detallados para la vigilancia e investigación efectivas de casos de enfermedad febril exantemática, y para la detección y contención rápida de casos importados de sarampión.

En particular, todos los países de la Región del Pacífico Occidental, independientemente del contexto del país o si han logrado la eliminación de la transmisión endémica del sarampión o si actualmente están experimentando un brote, deben tomar con urgencia las siguientes acciones:

- Identificar estructuras de coordinación y liderazgo, mecanismos de preparación y respuesta rápida y líneas de comunicación entre el nivel local, subnacional y nacional.
- Intensificar la vigilancia del sarampión para garantizar que los casos de sarampión se detecten rápidamente y se implementen medidas de salud pública.
- Difundir alertas de sarampión recordando a los médicos que estén alertas ante el sarampión, que implementen precauciones de enfermedades transmitidas por el aire, cómo tratar a los pacientes y cómo garantizar que se realicen pruebas.
- Garantizar la contingencia para los recursos humanos, las existencias disponibles de vacunas y dispositivos de inyección, y que los fondos operativos estén inventariados y

accesibles para apoyar la investigación rápida de brotes y la inmunización de respuesta si se detectan casos de sarampión.

- Garantizar que se apliquen medidas adecuadas de prevención y control de infecciones en los hospitales y otros centros de salud, incluida la capacidad de clasificar y aislar a los pacientes de manera efectiva. Los servicios clínicos deben estar bien informados sobre cómo identificar el sarampión simple y grave e identificar las complicaciones y aquellos que requieren ingreso versus aquellos que pueden manejarse en el hogar.
- Actualizar e informar a los médicos sobre los horarios de vacunación (incluidos los criterios para proporcionar la “dosis cero” a los bebés mayores de 6 meses, si corresponde) y las pautas para la vacunación de los viajeros a los países afectados por el sarampión; los protocolos de manejo de casos, especialmente la administración de vitamina A a todos los casos; y los procedimientos de prevención y control de infecciones para prevenir la propagación del sarampión nosocomial.
- Actualizar e informar a la población sobre los riesgos de sarampión y las medidas de prevención a través de la comunicación de riesgos con mensajes actualizados y adaptados a la situación cambiante.

Además, el actual resurgimiento mundial del sarampión es una señal urgente para que los países renueven su enfoque en la implementación de estrategias, actividades y procedimientos detallados en la Guía de campo para la eliminación del sarampión y la Estrategia y plan de acción regional para lograr una inmunidad poblacional suficiente para reducir la riesgo de brotes y prevenir la transmisión endémica de sarampión. Esta guía proporciona recomendaciones para lograr una cobertura general de inmunización de rutina alta; e, identificar y vacunar poblaciones específicas con riesgo elevado.



LETONIA

PRIMERA MUERTE HUMANA POR RABIA DESDE 2003

06/12/2019

Una mujer posiblemente infectada de rabia murió en Daugavpils, informaron los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (SPKC). Esta puede ser la primera muerte causada por la rabia en Letonia desde 2003.

Los resultados iniciales de las pruebas de laboratorio realizadas por los SPKC y el Instituto de Seguridad Alimentaria, Salud Animal y Medio Ambiente (BIOR) muestran signos de rabia.

En cooperación con el Servicio de Alimentos y Veterinaria, los SPKC comenzaron los estudios para determinar la causa de la infección; según la información inicial, la mujer puede haber sido infectada con rabia en Letonia o en el extranjero. “Actualmente, no se descarta ninguna posibilidad”, informaron los SPKC.

Los epidemiólogos de los SPKC continúan encuestando a personas que han tenido contacto con la paciente. En cooperación con los médicos, los expertos analizan los posibles riesgos de infección y, si es necesario, aplican la vacuna contra la rabia. Se ha comenzado con la

vacunación de 60 personas. Los SPKC están organizando el suministro de vacunas adicionales para los centros de salud de Daugavpils.

Los epidemiólogos están esperando los resultados de las pruebas de laboratorio para ayudar a identificar el virus y determinar el lugar geográfico de origen del mismo. Esto ayudará a determinar si la infección ocurrió en Letonia o en otro lugar.

Los SPKC han informado de la situación al Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades.

Las últimas veces que se registraron casos de rabia humana en Letonia fueron en 1993, 1996 y 2003. Los últimos casos de rabia animales ocurrieron en 2012.



MALAWI

EMPODERAR A LOS PACIENTES PARA  
LIBERAR AL PAÍS DEL VIH

29/11/2019

Unas 300.000 personas viven en el distrito de Nsanje, en el sur de Malawi, en la frontera con Mozambique. Según el Gobierno local, 12,5% de ellas –cerca de 25.000– son seropositivas, lo que supone una tasa mucho más alta que la media nacional, de 9,2%. Así, fuera del único hospital público en el distrito, un flujo constante de personas busca atención médica.



Brains Kamanula, consejero de Médicos Sin Fronteras, prepara a Austin para ser dado de alta en el Hospital de Nsanje, en Malawi. Austin tiene VIH avanzado.

Es el caso de Austin. En octubre pasado llegó en ambulancia e ingresó en el Hospital del Distrito de Nsanje. Había perdido mucho peso y orinaba con frecuencia. Seropositivo desde 2016, Austin recibió tratamiento antirretroviral (ARV) durante tres años, excepto durante un período de tres meses en el que discutía con su esposa y no tomaba su medicamento. Una decisión que tuvo consecuencias inmediatas.

“Me peleé con mi esposa. Le dije que, para mí, era mejor morir. Dejé de tomar mi medicamento durante tres meses y enseguida empeoré”, recuerda.

Situaciones como la de Austin son comunes. Desde que Médicos Sin Fronteras (MSF) empezó a trabajar en Malawi, comprobó cómo muchas personas con VIH no pueden mantener sus programas de tratamiento con ARV por diversas razones.

“Algunos creen que es mejor buscar la ayuda de un curandero tradicional”, explicó Brains Kamanula, trabajador psicosocial y tutor en el Hospital del Distrito de Nsanje.

La distancia y los desafíos económicos también son barreras para acceder al tratamiento. El centro de salud más cercano puede estar muy lejos y el transporte para llegar allí puede ser demasiado caro. En lugar de ir al hospital, muchos deben priorizar trabajar para sobrevivir y mantener a sus familias.

“Las personas tampoco conocen bien las señales de alerta del VIH. Aunque MSF tiene promotores de salud que forman sobre ellas en el seno de las comunidades, no puede llegar a todos”, dijo Kamanula, tras añadir que “al final, cuando llegan al hospital, muchas personas ya están muy enfermas”.

## **Un nuevo modelo**

Malawi ha luchado durante mucho tiempo con una alta prevalencia de VIH, y el VIH/sida sigue siendo la causa más común de muerte, con alrededor de 13.000 muertes anuales relacionadas con el sida. En los últimos años, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y el Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR) han invertido mucho para gestionar y reducir la cantidad de personas con VIH y alcanzar el objetivo 90-90-90 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) para 2020.

Este objetivo compromete a un país a garantizar que 90% de las personas que viven con el VIH conocerán su estado de VIH, 90% de las personas con una infección de VIH diagnosticada recibirán terapia ARV sostenida y 90% de las personas que recibirán terapia ARV tendrán supresión viral. Sin embargo, últimamente el progreso en la disminución del número de muertes relacionadas con el VIH se ha estancado. En un esfuerzo por mejorar la atención a las personas con VIH avanzado en el distrito de Nsanje, MSF y el Ministerio de Salud han establecido un nuevo modelo llamado ‘círculo de atención’.

“El modelo del círculo de atención busca reducir la mortalidad entre los pacientes con VIH gracias a una detección temprana y el fortalecimiento del sistema de referencia dentro del círculo (la comunidad, el centro de salud y el hospital, por ejemplo). Esto se logra al permitir que las comunidades identifiquen pacientes enfermos, asegurando un diagnóstico e iniciación eficientes en los centros de salud, y una evaluación en profundidad y atención de calidad en el hospital del distrito”, describió Jomah Kollie, responsable del equipo médico del proyecto Nsanje.

Cuando un paciente llega al Hospital del Distrito de Nsanje, se le lleva a la unidad de evaluación rápida donde puede ser estabilizado y evaluado rápidamente. Después, el paciente puede recibir el tratamiento adecuado y e ingresar en la unidad.

## **“No volverá a suceder”**

Lita, de 25 años, está sentada con sus padres a la sombra, fuera de la sala de mujeres del Hospital del Distrito de Nsanje. Para ella, todo comenzó cuando no se sentía bien, a principios de año. Su familia la llevó al hospital donde dio positivo para VIH. Se le aconsejó que comenzara a tomar medicamentos ARV. Pero después tras ser dada de alta, dejó de tomar su medicamento y enfermó de nuevo. Lita fue readmitida en el Hospital del Distrito de Nsanje en octubre con fiebre e hinchazón en el estómago y las piernas. Esta vez, su padre quiere estar seguro de que su hija sigue el tratamiento.

“No volverá a suceder, ya que estaré cerca”, confesó su padre, Gerrald. “Me aseguraré de que, cuando se despierte, yo esté allí y tome sus medicamentos. Lo mismo con la dosis de la tarde: antes de irse a dormir, los tomará también”.

No hace muchos días, Lita no podía caminar sin apoyo. Ahora se siente mejor, pero echa de menos la comida en casa y a su hija de 3 años. El siguiente paso para Gerrald es lograr que también su nieta se haga la prueba: “Quiero traerla aquí para la prueba, para que podamos conocer su estado, si es VIH positiva o negativa”.

## Trabajo comunitario

El ‘círculo de atención’ comienza a nivel comunitario. Aquí, los trabajadores de salud comunitarios de MSF trabajan con las autoridades tradicionales, grupos de pacientes y asociaciones locales para reforzar las estructuras comunitarias existentes e identificar a aquellos que están enfermos y necesitan más atención, mientras crean conciencia en la comunidad sobre los síntomas y los signos de peligro.

“Antes, la mayoría de las actividades de VIH/ tuberculosis se realizaban en los establecimientos de salud y no tanto en el seno de las comunidades. Como resultado, las personas que incumplieron no tuvieron un seguimiento adecuado”, explicó Moses Luhanga, gerente de información y educación.

Cuando alguien requiere de tratamiento adicional, se le deriva a un centro de salud cercano. En colaboración con el Ministerio de Salud, MSF ha instituido un paquete de atención que comienza con una evaluación muy rápida y algunas pruebas: CrAG para meningitis criptocócica, recuento de CD4 y una prueba de niveles de azúcar en sangre y orina. Cuando se estipula que el paciente tiene una condición que necesita una gestión avanzada, se le deriva al hospital del distrito.

## Y, al fin, el alta

De vuelta en el hospital, Austin espera a recibir el alta. Su esposa y él recogen con mimo sus pertenencias en *chitenjes*, unas telas tradicionales de Malawi. Tras 12 días en el hospital, están felices de volver a casa. Le han diagnosticado diabetes. Al igual que ser positivo, debe lidiar con ello el resto de su vida.

Con el fin de asegurar que tanto Austin como todos los demás pacientes seropositivos dados de alta se adhieran a los programas de tratamiento y no vuelvan a caer en estados avanzados del virus, se cuenta con un procedimiento posterior al alta en el que reciben visitas de nuestros promotores.

Aunque el distrito de Nsanje está cerca de cumplir el objetivo 90-90-90, el próximo reto es asegurar que las personas que toman medicamentos contra el VIH sigan su tratamiento y reciban atención de calidad cuando enferman.

Hasta entonces, lograr que las personas conozcan su estado y comiencen el tratamiento es un paso en la dirección correcta. Antes de implementar el ‘círculo de atención’ en el distrito, las estadísticas del hospital local indicaban que 27% de las personas que ingresaban con VIH avanzado fallecían. A partir de su puesta en marcha, la tasa de mortalidad ha ido disminuyendo poco a poco y ahora es ya inferior a 15%.

Para personas como Austin, contar con la atención que necesita no solo le hizo sentir bien, sino que también le empujó a ayudar a que otras personas seropositivas conozcan su estado, empiecen –y sigan– con el tratamiento que les salvará la vida.

“Quiero ser la voz del cambio en mi comunidad. Quiero encontrar personas que sufran de VIH y cambiar esta comunidad, que esté libre de enfermedades. Tras ser atendido, no puedo quedarme aquí parado mientras alguien sufre”.



## NIGERIA

### REPORTARON OCHO CASOS DE VIRUELA SÍMICA EN NOVIEMBRE

15/12/2019

Los funcionarios de salud de Nigeria continúan reportando casos de viruela símica en 2019. Durante el mes de noviembre, se reportaron ocho casos, siete sospechosos y uno confirmado en el estado de Oyo. No se registraron muertes en noviembre.

En 2019, se han reportado 106 casos sospechosos hasta la fecha, de los cuales 44 fueron confirmados en nueve estados: Akwa Ibom, Anambra, Bayelsa, Cross River, Delta, Enugu, Lagos, Oyo y Rivers. Se registró una muerte en un caso en el estado de Lagos.

La mayoría de los casos confirmados (86%) se registran en cuatro estados: Lagos (32%), Delta (23%), Rivers (16%) y Bayelsa (1%).

Desde que comenzó el brote de viruela símica en septiembre de 2017 en Nigeria, se han registrado un total de 181 casos confirmados y nueve muertes en 18 estados: Abia, Akwa Ibom, Anambra, Bayelsa, Bauchi, Benue, Cross River, Delta, Edo, Ekiti, Enugu, Imo, Lagos, Nasarawa, Oyo, Plateau, Rivers y el Territorio de la Capital Federal.



## SUDÁN

### BROTE DE DIFTERIA

08/12/2019

El Ministerio Federal de Salud de Sudán informó un brote de difteria, a partir de la semana epidemiológica (SE) 33. Hasta la SE 49, se habían informado 63 casos sospechosos de difteria con 11 muertes asociadas (tasa de letalidad de 17,46%) en seis estados. De estos, 57 casos con nueve muertes se informaron solo en la localidad de Al-Sunta, estado de Janub Darfur. El 83% del total (52 casos) no estaba vacunado contra la difteria. Una de cada seis muestras recolectadas fue confirmada por laboratorio a través de la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) el 28 de noviembre de 2019.

Sudán presentaba una cobertura de inmunización de 93% para la tercera dosis de la vacuna triple bacteriana (DPT3) en 2018, y nunca había reportado tantos casos de difteria en el pasado. Pero la notificación de clústeres de casos en la localidad de Al-Sunta en Janub Darfur (56 casos con 9 muertes asociadas) es una señal alarmante, ya que la mayoría de los casos de

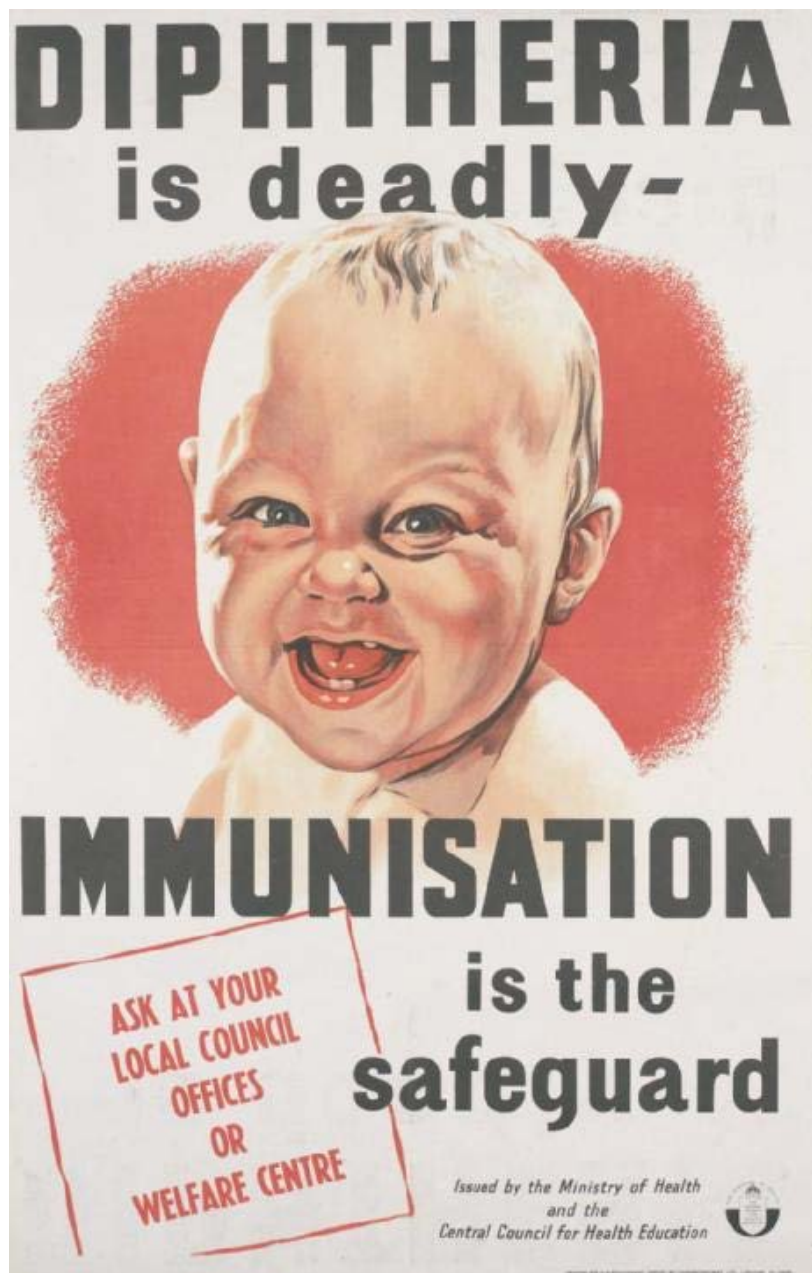


la localidad no estaban vacunados, mientras que el promedio nacional de cobertura para la DPT3 es significativamente alto en los últimos cinco años, mayor a 92%. La mayoría de los casos (97%) tenían edades entre menos de un año hasta 44 años, y 77% de los casos tenían menos de 15 años, y todas las muertes ocurrieron en este grupo etario. La mayoría de los casos se presentaron con fiebre baja, dificultad para tragar, hinchazón del cuello, agrandamiento de los ganglios linfáticos y la típica membrana grisácea.

La localidad de Al-Sunta es una de las localidades más desatendidas del estado de Janub Darfur, limita con Sudán del Sur, y cuenta con alrededor de 44.455 niños menores de 15 años que corren un alto riesgo de contraer la enfermedad. Actualmente, no hay médico en la localidad y solo tres enfermeras, trabajadores de salud comunitarios y parteras están a cargo de las unidades de salud familiar. El diagnóstico y el manejo de los casos son deficientes debido a la falta de un médico en la localidad y la gravedad y la mortalidad por la enfermedad también es alta en el estado. Inicialmente, los casos fueron diagnosticados clínicamente, y el Ministerio Federal de Salud y el Ministerio Estatal de Salud tomaron medidas de respuesta inmediata en coordinación con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia para crear conciencia comunitaria sobre la enfermedad y la búsqueda oportuna de atención, la capacitación para el diagnóstico adecuado y el manejo y la prevención de casos a través de campañas de inmunización dirigidas y el fortalecimiento de los programas de inmunización de rutina. La OMS ya ha proporcionado a las autoridades gubernamentales las 200 dosis de antitoxina diftérica (DAT) para tratar los casos sospechosos. Además, también se han proporcionado antibióticos (penicilina, jarabe de amoxicilina) a los trabajadores de la salud para tratar los casos sospechosos.

Se ha lanzado una campaña de vacunación dirigida a niños de 1 a 5 años con la vacuna pentavalente (difteria, tos convulsa, tétanos, infección por *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B), y con la vacuna doble bacteriana (difteria y tétanos) para los de 5 a 15 años con la vacuna DT en la localidad más afectada. Se han formado equipos especiales para llegar a los niños de las familias nómadas. Pero ha habido casos esporádicos en otros cinco estados durante 2019 y esto requiere una acción urgente para fortalecer la campaña de inmunización a nivel nacional y local para frenar tales casos en el futuro.

Sigue siendo una responsabilidad colectiva evitar las muertes causadas por esta vieja enfermedad y restaurar los programas de salud pública, que son críticos para mitigar las amenazas de otras enfermedades prevenibles por vacunación.



Ministry of Health & Central Council for Health Education (Reino Unido. 1962).

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 con-fianza 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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.