



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

1.965

15 de septiembre de 2017

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa

Enrique Farías

Editores Asociados

Hugues Aumaitre (Fra.)

Jorge Benetucci (Arg.)

Pablo Bonvehí (Arg.)

María Belén Bouzas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

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

Noticias

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

Argentina

- Vigilancia de meningitis sin especificar etiología

América

- Los países de la región redoblan esfuerzos contra los mosquitos en la Semana de Acción contra los Mosquitos 2017
- Los impactos para la salud pública de los grandes huracanes
- Canadá, Ontario: Brote de campilobacteriosis por consumo de asado de cerdo
- Costa Rica: Declaran alerta sanitaria por malaria
- Estados Unidos: Se extiende el brote de salmonelosis vinculada al consumo de papayas
- Estados Unidos, Tennessee: Se incrementan los casos de fiebre del Nilo Occidental y de encefalitis de La Crosse

El mundo

- Costa de Marfil: Un brote de fiebre amarilla mata por lo menos a 15 personas
- España es el país europeo con mayor incidencia de anisakidosis
- España, Barcelona: *Entamoeba histolytica* como patógeno emergente de transmisión sexual en HSH
- India logra reducir drásticamente los casos de sarampión
- Kirguistán, Naryn: Brote de carbunco en At-Bashi
- Omán: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV
- Unión Europea: Se calcula que unas 120.000 personas con el VIH desconocían su diagnóstico en 2015

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de meningitis sin especificar etiología

11 de septiembre de 2017 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2017, hasta semana epidemiológica 31. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Provincia/Región	2015		2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	44	1,44	39	1,27	49	1,60
Buenos Aires	47	0,28	61	0,36	41	0,24
Córdoba	26	0,73	16	0,44	35	0,96
Entre Ríos	10	0,76	11	0,82	2	0,15
Santa Fe	19	0,56	34	0,99	10	0,29
Centro	146	0,52	161	0,57	137	0,48
Mendoza	2	0,11	10	0,52	11	0,57
San Juan	8	1,08	—	—	—	—
San Luis	2	0,42	12	2,49	6	1,23
Cuyo	12	0,39	22	0,70	17	0,54
Corrientes	4	0,37	3	0,28	—	—
Chaco	3	0,26	14	1,21	76	6,51
Formosa	—	—	—	—	1	0,17
Misiones	5	0,42	3	0,25	6	0,49
NEA	12	0,30	20	0,50	83	2,04
Catamarca	2	0,50	1	0,25	5	1,24
Jujuy	25	3,44	7	0,95	1	0,13
La Rioja	—	—	2	0,54	1	0,26
Salta	32	2,40	2	0,15	21	1,53
Santiago del Estero	4	0,43	24	2,56	23	2,43
Tucumán	—	—	—	—	3	0,18
NOA	63	1,18	36	0,66	54	0,99
Chubut	2	0,35	1	0,17	5	0,85
La Pampa	6	1,75	3	0,87	2	0,57
Neuquén	2	0,32	2	0,32	3	0,47
Río Negro	4	0,57	4	0,56	5	0,70
Santa Cruz	1	0,31	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	1	0,64	—	—
Sur	15	0,56	11	0,40	15	0,54
Total Argentina	248	0,57	250	0,57	306	0,69

Los países de la región redoblan esfuerzos contra los mosquitos en la Semana de Acción contra los Mosquitos 2017

13 de septiembre de 2017 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Los países de las Américas están redoblando esfuerzos para controlar a los mosquitos y concientizar a las comunidades sobre las enfermedades que éstos pueden transmitir, en el marco de la celebración de la Semana de Acción contra los Mosquitos 2017, una iniciativa apoyada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El enfoque de esta semana es proporcionar información y promover la participación de la comunidad en la eliminación de sitios donde se reproduce el mosquito *Aedes aegypti*, el cual puede transmitir dengue, fiebre chikungunya, fiebre zika y fiebre amarilla. Cada país organiza sus propias actividades en torno a esta semana, tanto a nivel nacional como a nivel comunitario.

Un objetivo para la campaña de 2017 es incrementar la concientización entre médicos y trabajadores de la salud acerca de su papel en proveer salud a través de la disseminación de información, en este caso para comunicarles a sus pacientes sobre las medidas que pueden utilizar para protegerse de la picadura de mosquitos y para aprender cómo eliminar sus criaderos.

“Controlar los mosquitos es crucial porque las enfermedades que transmiten pueden ser mortales o debilitantes y representan una gran carga para los sistemas de salud de los países”, subrayó Marcos Antonio Espinal Fuentes, Director del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud de la OPS. Destacó que los Estados Miembros de la OPS han aprobado una nueva estrategia integrada para el control de enfermedades arbovirales, incluyendo fiebre zika, dengue, fiebre chikungunya y fiebre amarilla.



La Semana de Acción contra los Mosquitos comenzó en 2016, en el contexto de la emergencia sanitaria causada por el brote de enfermedad por el virus Zika, que se extendió a 48 países y territorios de las Américas. Las campañas se centraron en la eliminación de mosquitos y las medidas de protección personal contra las picaduras de mosquitos, especialmente para las mujeres embarazadas. Unos 27 países celebraron campañas en ese primer año.

La campaña, que está siendo financiada en parte con fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, es parte de un esfuerzo para combatir el creciente flagelo de las enfermedades transmitidas por vectores en las Américas. Incluye componentes técnicos y actividades de comunicación de los ministerios de Salud.

Los países del Caribe celebraron la Semana de Acción contra los Mosquitos con el lema "Pequeñas picaduras, grandes amenazas". Los países de América Latina despliegan sus propias iniciativas de agosto a diciembre, bajo el lema "Contra los mosquitos, tus palabras cuentan", enfocados en llamar la atención de los trabajadores de la salud y lo que pueden hacer al informar a sus pacientes sobre este tema.

El Salvador y Panamá ya iniciaron campañas de concientización contra los mosquitos, y Chile lanzará la Semana de Acción contra los Mosquitos el 14 de septiembre.

Las iniciativas involucran a grupos de la sociedad civil, organizaciones de base, autoridades de la salud local y nacional, el sector privado, y otras agencias que han unido fuerzas para combatir enfermedades transmitidas por vectores. Las actividades incluyen eventos de lanzamiento, talleres, foros y acciones escolares y comunitarias para eliminar los sitios donde se reproducen los mosquitos.

Esta estrategia recomienda una mayor coordinación entre el sector de la salud y las comunidades y familias, promoviendo la participación activa y el acceso a la información para que puedan desempeñar un papel más activo en la prevención y el control de estas enfermedades transmitidas por mosquitos.



Los impactos para la salud pública de los grandes huracanes

12 de septiembre de 2017 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Aunque el huracán Irma ya pasó, la salud de millones de personas en las islas del Caribe y en el estado de Florida seguirá estando en riesgo durante las próximas semanas y meses.

Más que los daños directos, el impacto más grave que un fenómeno meteorológico devastador como el huracán Irma tiene para la salud pública está relacionado con los daños a las infraestructuras, que pueden tardar años en ser reparados.

De hecho, ciertas partes de Florida necesitaron 20 años para recuperarse totalmente tras el paso del huracán Andrew, en 1992.

Estas son algunas consecuencias que puede dejar el huracán Irma:

Enfermedades relacionadas con aguas contaminadas

Las aguas causadas por las inundaciones pueden contaminar el agua potable. Aunque las autoridades recomienden hervir el agua antes de su consumo muchas personas no tienen acceso a electricidad para hacerlo ni al abastecimiento de gas, que puede estar restringido por motivos de seguridad.



Afectados por el huracán Irma en Haití. La fiebre tifoidea se contagia a través de agua y alimentos contaminados con excrementos.

La falta de agua limpia contribuye a la expansión de enfermedades como la diarrea, que para un adulto saludable con acceso a un baño limpio puede no ser más que un fastidio pero que puede ser "un desastre de higiene" en lugares sin acceso a un retrete y a agua potable, especialmente para la población más vulnerable, como los ancianos y los niños más pequeños.

Además, en los lugares donde ya está presente, el agua contaminada puede contribuir a la difusión de la fiebre tifoidea e incluso del cólera. Si estas enfermedades no existían en las zonas antes del paso del huracán, entonces no tendrían por qué aparecer con la devastación.

La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa producida por bacterias del género *Salmonella*, que está presente en algunos países del Caribe, como Cuba, Haití y República Dominicana.

Según la Organización Panamericana de la Salud, "con la interrupción del servicio normal de abastecimiento de agua y eliminación de aguas negras, así como del control sanitario de los alimentos y el agua, puede haber transmisión de la fiebre tifoidea y brotes en gran escala si en una población desplazada hay casos o portadores activos".

Envenenamiento por monóxido de carbono

Según el departamento de Salud de Florida, en 2005 el envenenamiento por monóxido de carbono causó 13% de todas las muertes relacionadas con huracanes. Asimismo, tras el huracán Sandy en 2012, nueve personas murieron de igual manera, según un informe estatal sobre los efectos para la salud de las tormentas tropicales.

Esto se debe a que mucha gente que no tiene acceso a la electricidad recurre al uso de generadores. Pero si no se utilizan debidamente, en espacios seguros y ventilados, pueden causar incendios, explosiones y envenenamientos por monóxido de carbono.



El mayor impacto para la salud pública tras un devastador huracán como Irma es la falta de acceso a los servicios de salud.

Enfermedades transmitidas por mosquitos

Tras el paso de una tormenta o huracán y la recesión de las inundaciones, suelen quedar muchos lugares de aguas estancadas, que constituyen hábitats ideales para la proliferación de mosquitos que pueden transmitir enfermedades como el dengue o la fiebre zika.

En algunas islas del Caribe afectadas por el huracán Irma existe además riesgo de fiebre chikungunya, y en la República Dominicana y Haití riesgo de malaria.

Alergias y trastornos crónicos por contaminación ambiental

Desde el ácido de las baterías de plomo al combustible de los barcos, todo es diseminado por los vientos huracanados y cuando las inundaciones retroceden atrás queda suelo contaminado.

Tras el paso del huracán Harvey, el mes pasado, en Estados Unidos más de 40 vertederos con materiales peligrosos para la salud dejaron escapar sustancias contaminantes.

La contaminación no suele causar muertes directas pero sí puede estar relacionada con alergias y enfermedades crónicas.

Falta de acceso a la sanidad

El mayor impacto para la salud pública tras un devastador huracán como Irma es la falta de acceso a los servicios de salud.

Los hospitales y centros de salud cuyas infraestructuras están dañadas difícilmente pueden atender a pacientes con cáncer o con ataques al corazón. Asimismo los daños en la red de transporte pueden interrumpir el acceso a medicamentos, y en algunos casos esperar 24 horas puede tener repercusiones graves o incluso ser fatal.



Niño en Santo Domingo, tras el paso del huracán Irma. Miles de personas en República Dominicana quedaron sin electricidad tras el paso del huracán Irma.



Canadá, Ontario: Brote de campilobacteriosis por consumo de asado de cerdo

6 de septiembre de 2017 – Fuente: Guelph Mercury Tribune (Canadá)

La unidad de salud de Guelph está brindando a los proveedores de catering locales algunos consejos sobre cómo asar cerdo con seguridad después que 22 personas enfermaron en una fiesta privada en mayo.

“Estamos llegando a todos los proveedores locales de asados de cerdo –porque son muy comunes– y vamos a educar sobre los cuidados que hay que tener con la carne”, dijo el 5 de septiembre Chuck Ferguson, gerente de comunicaciones de Salud Pública de Wellington-Dufferin-Guelph (WDG).

La educación adicional es parte de la respuesta de Salud Pública WDG a un brote de una enfermedad gastrointestinal transmitida por alimentos que llamó la atención de la unidad de salud en junio.

La unidad fue notificada el 9 de junio de un caso positivo de infección por *Campylobacter jejuni*, que puede causar diarrea, calambres, dolor abdominal y fiebre. Un segundo caso positivo fue reportado a la unidad de salud local por Salud Pública de la Región de Waterloo el 12 de junio; este caso informó haber asistido a un asado de cerdo en Guelph el 30 de mayo. Después que la unidad de salud local se enteró de que ambas personas habían asistido al mismo evento, se inició una investigación formal.

De las 82 personas que asistieron al evento, Salud Pública WDG entrevistó a 74, y de los entrevistados, 33% informó haber experimentado una enfermedad desde que asistieron al asado de cerdo. Ferguson dijo que 22 personas enfermaron en el brote.

Esto podría haber sido peor. Los restos del cerdo asado fueron entregados, a la mañana siguiente, a un centro de acogida de Guelph. Las personas que acceden a los servicios proporcionados por este centro representan un subconjunto vulnerable de la población, lo que aumenta el riesgo de enfermedad.

La unidad de salud contactó con el centro e inspeccionó sus instalaciones, y está haciendo un seguimiento a las personas que consumieron el alimento allí. No se reportó ninguna enfermedad asociada con el consumo de cerdo en el centro.

La unidad de salud también inspeccionó las instalaciones del negocio que hizo el catering del asado de cerdo.

Los hallazgos de la inspección revelaron una serie de ítems que no cumplían con las regulaciones alimentarias locales, incluyendo: alimentos peligrosos que no se mantenían a 4°C o menos durante el transporte; mantenimiento sanitario deficiente y falta de suministros en los servicios del baño para el personal; y limpieza general insuficiente para mantener el establecimiento en condiciones sanitarias adecuadas.

“Se trató de un evento estrictamente privado, por lo que no podemos publicar el nombre del proveedor”, dijo Ferguson.



Los asados de cerdo de este tipo son bastante comunes en Guelph. El proveedor informó al personal de la unidad de salud que preparan asados de cerdo casi todos los fines de semana durante los meses de verano para una variedad de eventos en toda la región. Hay una serie de otros proveedores de la zona que preparan asados de cerdo, un método popular y de alto riesgo de cocinar para grandes reuniones.

En este caso, el proveedor en cuestión no fue clausurado. Han cooperado con Salud Pública y han corregido sus prácticas.

Cuando se le preguntó si son comunes brotes como este, Ferguson dijo que ocurren comúnmente porque el número necesario de esta bacteria en particular para causar enfermedad en los seres humanos es muy bajo.

“Esta es la forma más común de enfermedad relacionada con alimentos en América del Norte”, dijo.¹

LA NACIÓN Costa Rica: Declaran alerta sanitaria por malaria

13 de septiembre de 2017 – Fuente: La Nación (Costa Rica)

El Ministerio de Salud de Costa Rica declaró una alerta sanitaria por malaria debido a un “riesgo incrementado de transmisión”, luego de conocer que en Nicaragua hay una gran cantidad de pacientes con esta enfermedad.

De acuerdo con la información de Salud, en el país se han presentado cuatro casos de transmisión autóctona en Matina (provincia de Limón), tres en Sarapiquí (provincia de Heredia) y dos en Pital de San Carlos (provincia de Alajuela), en lo que va del año.

Entre 2012 y 2015 no se habían presentado casos autóctonos, por lo que incluso se estuvo a punto de que se declarara que la malaria estaba erradicada del territorio nacional.

“Debido a la alta tasa de migración constante entre Costa Rica y Nicaragua, en su mayoría por motivos laborales y tomando en cuenta que ese país es zona de alta endemicidad, se decide declarar alerta sanitaria por riesgo incrementado de transmisión de malaria en Costa Rica”, informó el ministerio en un comunicado.

Según el Ministerio de Salud, el país cuenta con una norma y un plan nacional para el control de la malaria.

Disposiciones

La alerta emitida el 13 de septiembre implica un incremento en las acciones de vigilancia, captación de casos sospechosos, comunicación y sensibilización de la población y del personal de salud sobre los síntomas y signos compatibles con esa enfermedad. Además, se deben preparar los servicios de salud para la atención de casos.

En cuanto a la vigilancia, también se incluye la notificación al Ministerio de Salud de cada caso sospechoso en las siguientes 24 horas de detectado, la investigación epidemiológica de 100% de los casos y focos en menos de 48 horas de detectados.



¹ La campilobacteriosis es causada por *Campylobacter*, un bacilo Gram negativo, microaerófilo, móvil, curvado o espiral de la familia *Campylobacteriaceae*. *C. jejuni* y *C. coli* pueden infectar a diferentes especies animales y al hombre; *C. jejuni* es el patógeno bacteriano que se aísla con mayor frecuencia, asociado a diarreas en la mayoría de los países industrializados. Ocasionalmente, se ha aislado *C. fetus fetus* en humanos, asociado a septicemia.

Campylobacter se puede transmitir entre animales o de los animales al hombre. La transmisión entre hombres es inusual, pero puede ocurrir. *C. jejuni* y *C. coli* se transmiten vía fecal-oral, pudiendo diseminarse por contacto directo, fomites o indirectamente a través de moscas. *C. jejuni* puede hallarse también en descargas vaginales, fetos abortados y membranas fetales de ovejas que abortan.

El hombre se puede infectar tras ingerir pollo poco cocido y otras carnes, leche cruda, almejas crudas, productos alimenticios contaminados o agua poco clorada y tras el contacto con mascotas y ganado.

En el hombre, casi todas las campilobacteriosis son causadas por *C. jejuni* (ocasionalmente por *C. coli*). Solamente 1% de los casos son causados por otras especies. El periodo de incubación es corto, de 1-10 días, siendo más frecuente entre 2-5 días. Los signos clínicos pueden incluir diarrea líquida o pastosa (generalmente se resuelve en 7-10 días), recaídas en 10-25% de los casos, fiebre, náuseas, vómitos, dolor abdominal, de cabeza y muscular, y heces con sangre visible u oculta. Se cree que *C. jejuni* puede jugar un papel en el síndrome de Guillain-Barré, por algún mecanismo que involucraría una relación entre los antígenos con componentes de las células nerviosas.

C. fetus es un patógeno oportunista y causa principalmente infecciones sistémicas, con tendencia a ocurrir en personas debilitadas con diabetes, cáncer o cirrosis.

Diversos estudios epidemiológicos muestran la emergencia de *Campylobacter* como un problema de salud pública de gran magnitud, tanto en países en vías de desarrollo (infecciones particularmente comunes en niños muy pequeños) como en países desarrollados (más común en niños y adultos jóvenes). La mayoría de los casos son esporádicos, aunque también se observan brotes asociados a fuentes como el consumo de leche cruda.

La campilobacteriosis causa aproximadamente 5-14% de todos los casos de diarrea en el hombre a nivel mundial. *C. jejuni* es la causa más frecuente de diarrea en Estados Unidos: anualmente se observan alrededor de 20 casos cada 100.000 habitantes.

Los individuos inmunodeprimidos tienen un riesgo elevado de infecciones recurrentes o septicemia. La muerte es rara por infecciones por *C. jejuni*, y se manifiesta sobre todo en pacientes con cáncer u otras enfermedades debilitantes. La tasa estimada de letalidad para infecciones por *C. jejuni* es de 0,001.

El síndrome de Guillain-Barré se presenta en una de cada 1.000 infecciones diagnosticadas. Hasta 5% de estos pacientes puede morir y 30% o más pueden mostrar debilidad residual u otros defectos neurológicos.

Algunas de las medidas básicas para protegerse de la picadura del mosquito se encuentran el uso de repelente, mosquiteros y ropa que cubra partes expuestas del cuerpo.

“Todo caso confirmado independientemente de su estado de aseguramiento, debe contar con el tratamiento radical inmediato, por lo que los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social deben contar y brindar los tratamientos completos para ser administrados de forma inmediata y estrictamente supervisada”, indicó el ministerio.

Además, los patronos y empresas dedicadas a la agricultura deben organizarse a lo interno para captar a las personas con fiebre y reportar al Ministerio los casos sospechosos de malaria en las siguientes 24 horas, de lo contrario se ven expuestos a sanciones que incluyen la suspensión del permiso sanitario de funcionamiento.



Estados Unidos: Se extiende el brote de salmonelosis vinculada al consumo de papayas

12 de septiembre de 2017 – Fuente: Abasto (México)

Las autoridades sanitarias federales están investigando un nuevo brote mortal de salmonelosis vinculado al consumo de papayas Maradol importadas de México. En esta ocasión causó la muerte de una persona y enfermó a otras tres en California y otras 10 resultaron infectadas en Arizona y Colorado.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), ya son cuatro los brotes de salmonelosis vinculados al consumo de papayas Maradol importadas de México. Hasta el momento, las infecciones por *Salmonella* han causado la muerte de dos personas y enfermado a más de 200 personas en 25 estados.

Los nuevos casos de salmonelosis detectados por los CDC en California, Arizona y Colorado, obligaron esta semana a la compañía distribuidora Bravo Produce Inc. de San Ysidro, California, a retirar del mercado las papayas Maradol, cultivadas por Productores y Exportadores de Carica Papaya de Tecomán y Costa Alegre, y embaladas por Frutas Selectas de Tijuana.

Las pruebas de laboratorio realizadas por expertos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a las papayas Maradol dieron positivo a la contaminación por *Salmonella*.

Según los CDC, se han reportado un total de 215 personas infectadas en 26 estados con cepas del brote de infecciones por los serovares Thompson (131), Kiambu (57), Anatum (14), Agona (8) y Gaminara (5) de *Salmonella enterica enterica*.

Del total de personas infectadas con *Salmonella* por el consumo de papayas, 69 han sido hospitalizadas. Se informó de una muerte en la ciudad de New York y otra en California.

Todos los consignatarios a los que se les distribuyó papayas fueron notificados (vía telefónica y por correo electrónico) para retirar y destruir las frutas que están en los estantes de las tiendas y las bodegas. La FDA está supervisando que el retiro de las papayas sea efectivo.

A los consumidores en los estados de California, Arizona o Colorado, que puedan haber comprado estas papayas, se les recomienda evitar su consumo y deshacerse de la fruta.

El brote de salmonelosis vinculado con papayas Maradol importadas de México se reportó inicialmente el pasado mes de mayo y afectó a varios estados en la región noreste del país. Aunque las papayas fueron retiradas del mercado, se están presentando nuevos casos de infecciones por *Salmonella* en papayas importadas de otras fincas en México.



Estados Unidos, Tennessee: Se incrementan los casos de fiebre del Nilo Occidental y de encefalitis de La Crosse

6 de septiembre de 2017 – Fuente: Columbia Broadcasting System (Estados Unidos)

El Departamento de Salud de Tennessee (TDH) ha confirmado 19 casos humanos de infección por el virus del Nilo Occidental y 11 por el virus de La Crosse en el estado en lo que va del año 2017. Las enfermedades transmitidas por mosquitos son más comunes a fines del verano, y el TDH recomienda tomar medidas sencillas para evitar las picaduras de estos insectos para prevenir las enfermedades que transmiten.

“Generalmente vemos un aumento en las enfermedades transmitidas por mosquitos causadas por el virus del Nilo Occidental y el virus de La Crosse en Tennessee en esta época del año”, dijo el Dr. John Dreyzehner, Comisionado del TDH. “No hay vacunas para estas enfermedades, por lo que es importante usar repelente de insectos en la piel y ropa larga, suelta y ligera para que sea más difícil picar para los mosquitos y más fácil de detectar. Tratar adecuadamente la ropa con permetrina, también es una buena idea para situaciones de alto riesgo”.



El TDH instó a la población a aumentar sus esfuerzos para evitar los mosquitos. También es importante limitar los sitios de reproducción de estos insectos. Además, mantener los mosquiteros de puertas y ventanas en buenas condiciones evitará que los mosquitos ingresen a los edificios.

“Muchas especies de mosquitos no se desplazan a una distancia superior al largo de uno o dos campos de fútbol de donde han eclosionado”, dijo el Dr. Abelardo Moncayo, Director del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores del TDH. “Al establecer una zona donde los mosquitos no pueden reproducirse alrededor de su hogar, se protege a sí mismo, a su familia y a sus vecinos”.²

El mundo



Costa de Marfil: Un brote de fiebre amarilla mata por lo menos a 15 personas

7 de septiembre de 2017 – Fuente: Reuters

Un brote de fiebre amarilla ha matado al menos a 15 personas en Costa de Marfil y amenaza a muchos más en este país de África Occidental, dijo el 1 de septiembre el jefe de un equipo de crisis del gobierno.

La Organización Mundial de la Salud solicitó fondos el 6 de septiembre para ayudar al gobierno en una campaña de emergencia para vacunar a tres millones de personas.

“Hasta ahora hemos tenido 128 casos sospechosos, de los cuales 20 fueron confirmados por laboratorio y 15 muertos”, dijo Guillaume Loukou Yao, inspector de salud de Costa de Marfil y jefe del comité de crisis.

El virus transmitido por mosquitos prolifera en zonas densamente pobladas como Abidján, la principal ciudad de Costa de Marfil. Aunque la mayoría se recuperan, las víctimas pueden sufrir ictericia y sangrado de ojos, nariz y boca antes de presentar insuficiencia renal y muerte.

Yao dijo que, además de la campaña de vacunación, también se enviarían equipos para limpiar las zanjas de drenaje y otros lugares donde se reproducen los mosquitos que transmiten el virus.³

europa press

España es el país europeo con mayor incidencia de anisakidosis

16 de agosto de 2017 – Fuente: Europa Press

Según la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) de España, uno de cada tres pescados que se consume en el país está infectado con *Anisakis*. Si llega del Cantábrico, el riesgo se dispara a 50%, mientras que las especies que llegan del Mediterráneo apenas alcanzan a 6%.

Así, España figura a la cabeza de los países europeos en casos de infección por *Anisakis*. El hábito de comer boquerones en vinagre estaría detrás de buena parte de los problemas desencadenados por este parásito. Las sardinas asadas también corren el riesgo de no alcanzar en su interior los 60°C necesarios para matar las larvas de *Anisakis*.

Anisakis es un parásito que se puede encontrar en ciertos productos de la pesca y cuyas larvas pasan activas al aparato digestivo humano al ingerir pescado crudo o insuficientemente cocido. La anisakidosis humana es un problema de salud pública cuya incidencia está aumentando en los últimos años en todo el mundo, sobre todo en aquellos países con elevado consumo de pescado.

El hecho de que *Anisakis* cada vez parezca constituir un problema más extendido de salud se debe en parte a la práctica cada vez más extendida de destripar los pescados en alta mar y arrojar sus vísceras al agua. Así, otros peces se las comen y se infectan, propagándose así el parásito. También influye el aumento de alérgicos a *Anisakis* y la moda del sushi y otros tipos de pescado crudo o poco cocido, como el ceviche.



² Los 11 casos de encefalitis de La Crosse en Tennessee no son una sorpresa. El este de Tennessee es una de las áreas endémicas focales del virus de La Crosse. Generalmente, el estado reporta unos 12 casos cada año. La encefalitis de La Crosse es la enfermedad transmitida por mosquitos más común en el estado.

La encefalitis clínica causada por el virus de La Crosse es más común en niños en edad preescolar, y los casos en los adultos son algo inusual. Rara vez es fatal, pero puede requerir una estancia hospitalaria significativa, y puede dejar secuelas neurológicas. Los casos pueden producirse más al comienzo de la temporada de verano que otros virus transmitidos por artrópodos, ya que el virus de La Crosse puede ser transmitido transovariamente por la hembra infectada a sus huevos, por lo que los adultos que eclosionan ya pueden estar infectados y listo para transmitir el virus sin necesidad de succionar sangre infecciosa a partir de un mamífero silvestre infectado. Es conveniente la eliminación de los reservorios de agua dulce que sirven de criaderos para *Ochlerotatus (Aedes) triseriatus*, el mosquito vector del virus de La Crosse. Los neumáticos de vehículos desechados deben ser añadidos a la lista. El mosquito *Aedes albopictus* también puede transmitir el virus.

³ Al parecer, los casos se están presentando en un ciclo de transmisión urbana a través de *Aedes aegypti* en la principal ciudad de Abidján. Si ese es el caso, y hay muchos individuos no vacunados, el brote podría extenderse con rapidez. No se informa la proporción de población sin vacunar, ni si hay en marcha planes específicos para una campaña de vacunación.

Ha habido casos de fiebre amarilla en Costa de Marfil en el pasado, los más recientes en 2011. En ese momento se vacunó a más de 700.000 personas contra la fiebre amarilla en una campaña de emergencia en el país. Hubo casos de fiebre amarilla en Abidján en 2008, cuando la cobertura de vacunación estimada era de alrededor de 60% después de una campaña de vacunación. Ahora, la premura es esencial para detener rápidamente la propagación de la enfermedad.

“Existen dos tipos diferentes de alteraciones que se pueden desencadenar tras entrar en contacto con este parásito: infección gastrointestinal o alergia”, explica la Dra. Victoria López Calatayud, alergóloga del Hospital Vithas Nisa ‘Virgen del Consuelo’.

La infección gastrointestinal o anisakidosis se produce por ingerir pescado contaminado. Se manifiesta con dolor de estómago, vómitos, náuseas, diarrea, estreñimiento, incluso obstrucción intestinal, que pueden empezar hasta uno o dos días después de haber comido el pescado. No suele dar fiebre.

Por otro lado, “la alergia empieza minutos o pocas horas después de comer un pescado que esté o haya estado infectado por *Anisakis* a lo largo de su ciclo vital. Es decir, el alérgico a *Anisakis* puede tener una reacción alérgica por comer un pescado que en ese momento no esté infectado, pero sí lo haya estado previamente. Produce síntomas menos graves como una urticaria, o puede complicarse, desembocando en un shock anafiláctico”, aclara la alergóloga.

El congelado a menos de -20°C del pescado que se vaya a comer crudo o semicrudo reduce los casos en 80%. La congelación es la mejor forma de prevención en el caso de boquerones en vinagre que no se cocinan. Sin embargo hay que tener en cuenta, tal y como advierte la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), que los refrigeradores de menos de tres estrellas (***) no alcanzan la temperatura suficiente para realizar este procedimiento, por lo que está práctica sólo se podrá llevar a cabo en los equipos frigoríficos de tres estrellas o más, en los que se recomienda congelar a una temperatura de -20°C o inferior durante cinco días.

Otra de las medidas más eficaces para controlar la ingesta de pescado infectado con *Anisakis* es la de eviscerar el pescado tan pronto como sea posible, para evitar la migración de las larvas de la cavidad abdominal hacia la carne del boquerón, que es lo que luego se consume.

Las autoridades de la Unión Europea, y en España el real decreto 1420/2006, vienen estableciendo sistemas de control para frenar la creciente prevalencia de infección por *Anisakis*. Así, bares, restaurantes y demás establecimientos hoteleros están obligados a congelar el pescado que va a ser consumido crudo o poco cocido, así como de informar a sus clientes de que se ha realizado este proceso.



España, Barcelona: *Entamoeba histolytica* como patógeno emergente de transmisión sexual en HSH

27 de julio de 2017 – Fuente: *Eurosurveillance*

Entamoeba histolytica ha sido reconocida recientemente como un patógeno emergente transmisible sexualmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), causando brotes esporádicos en países donde no es endémico.

En octubre de 2016 se diagnosticaron en Barcelona (España) cuatro casos de amebiasis intestinal en HSH en dos días consecutivos, y otros cuatro casos en un período de dos semanas en enero de 2017 (tres de ellos el mismo día).

Los ocho pacientes eran HSH y se presentaron con proctocolitis a una clínica de referencia para infecciones de transmisión sexual (ITS) en Barcelona. La edad media al momento del diagnóstico fue de 41,5 años (rango: 21-56 años). Cuatro eran VIH positivos, todos con recuento de linfocitos T-CD4+ superior a 500/mm³. En cuanto a las manifestaciones clínicas, cinco pacientes presentaban dolor abdominal, cuatro diarrea con moco, tres proctitis, dos disentería, uno diarrea sin moco y sólo uno tenía fiebre. La duración media de los síntomas fue de 4 días (rango: 2-10 días).

La exploración microscópica de las heces fue positiva para trofozoitos del complejo *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii* en tres pacientes. En los ocho pacientes se detectó antígeno de adhesión específico para *E. histolytica* mediante ELISA (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas). Se realizaron cultivos fecales bacterianos para *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *Aeromonas*, *Campylobacter*, *Vibrio* y *Escherichia coli* para todos los pacientes, y dos fueron positivos para *Shigella flexneri*. En cuatro pacientes se realizó la detección sérica de IgG de *E. histolytica* mediante ELISA para excluir la diseminación extraintestinal, siendo negativa en todos.

Sorprendentemente, no se encontró relación epidemiológica entre ninguno de los pacientes. El único factor común era que dos de ellos habían viajado recientemente a Gran Bretaña, y que todos ellos habían practicado sexo oral-anal. Siete pacientes habían tenido entre 1 y 30 contactos sexuales en los 3 meses previos al diagnóstico, y uno informó 100 contactos. El rastreo de los contactos sólo fue posible en cuatro pacientes. Un paciente recordó dos contactos sexuales no infectados (microscopia y detección del antígeno de *E. histolytica* negativos) y otro contacto sexual en Gran Bretaña que había viajado a Brasil y había sido diagnosticado con amebiasis antes que él. Dos pacientes tenían pareja estable asintomática con tamizaje fecal negativo y un paciente tenía tres contactos que pudieron ser analizados, dos no infectados y uno con tamizaje fecal positivo pero asintomático.

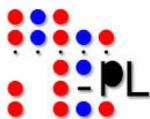
Cinco pacientes se recuperaron después del tratamiento con metronidazol seguido de paromomicina y tres pacientes requirieron repetir el tratamiento debido a la mala adherencia a la paromomicina.

Desde la década de 1980, se ha informado cada vez más la infección por *E. histolytica* entre HSH, en particular entre los VIH positivos, en países desarrollados no endémicos como Australia, Japón, Corea y Taiwán. Diversos estudios, la mayoría de ellos de la década de 1980, informaron una seroprevalencia de esta infección de entre 1 y 21% entre HSH en varios países desarrollados, una seroprevalencia considerablemente mayor que entre heterosexuales (0-7%).

Las tasas más altas de infección por *E. histolytica* entre HSH parecen ser atribuibles a la práctica del sexo oral-anal, ya sea directamente o a través de juguetes sexuales, y puede reflejar un comportamiento sexual de alto riesgo y múltiples exposiciones.

En España, la amebiosis endémica ha sido virtualmente erradicada en el último siglo después de mejoras en la infraestructura del agua, y la mayoría de los casos son importados de áreas endémicas. No se han publicado informes previos de casos de amebiosis invasiva en HSH en Barcelona. Dado que la Organización Mundial de la Salud define un brote de enfermedad como la ocurrencia de casos que superen lo que normalmente se esperaría en una comunidad, área geográfica o estación definida, se deben considerar estos dos clústeres de infección por *E. histolytica* como un brote en la población de HSH. Cabe destacar que dos casos coinfectados con *S. flexneri* habían viajado recientemente a Gran Bretaña, donde se ha registrado un brote prolongado de shigelosis entre HSH. Por otra parte, también se ha observado una tendencia creciente en casos de shigelosis en HSH en España. Esto puede reflejar el riesgo de propagación de infecciones entéricas en Europa a través de la transmisión sexual en una población tan móvil, como ha ocurrido con brotes recientes de hepatitis A.

Los brotes de amebiosis como estos representan una preocupación clínica y de salud pública, porque *E. histolytica* puede propagarse en la población de HSH y causar una enfermedad grave. Por lo tanto, las redes de vigilancia y los sistemas de notificación son esenciales. Además, la infección asintomática debe ser estudiada y tratada debido a su potencial para progresar a una enfermedad invasiva, aunque puede ser difícil realizar el seguimiento de los contactos para interrumpir la transmisión. Por otra parte, existe el riesgo de la propagación posterior a las poblaciones no-HSH, como se reportó en Tokyo, donde hubo un aumento de las tasas de seropositividad para *E. histolytica* en mujeres heterosexuales, y en Canadá, donde se describió un clúster de amebiasis por transmisión sexual en heterosexuales y mujeres homosexuales.⁴



India logra reducir drásticamente los casos de sarampión

12 de septiembre de 2017 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Los casos de sarampión en India disminuyeron en 43% de 2014 al pasado año, tras pasar de 30.000 a 17.250, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) divulgados en Nueva Delhi.

Como parte de la estrategia de las autoridades indias para erradicar la enfermedad en 2020, este año serán vacunadas unos 400 millones de personas en todo el territorio nacional.

No obstante, la OMS alertó que 60% del total de casos de sarampión reportados en 2016 en el Sur de Asia fueron contabilizados en esta nación.

La organización destacó que el pasado año ocurrieron en el mundo 134.200 decesos por esa causa, de los cuales, 54.500 correspondieron a esta área geográfica.

Aunque la vacuna contra el sarampión forma parte del programa universal de inmunización de Nueva Delhi, recientemente el ministerio de Salud también introdujo una nueva para combatir esa enfermedad y la rubéola.



Kirguistán, Naryn: Brote de carbunco en At-Bashi

14 de septiembre de 2017 – Fuente: Vecherniy Bishkek (Kirguistán)

En el distrito de At-Bashi, región de Naryn, Kirguistán, se han registrado tres casos humanos de carbunco, que se encuentran hospitalizadas, mientras que otras 15 están bajo la supervisión de especialistas.

Los médicos informaron que los afectados habían participado en la carneada de un animal, y después de unos 10 días presentaron los primeros síntomas de la peligrosa infección: ulceraciones en la piel de manos y antebrazos.

Al asistir al médico, fueron hospitalizados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas el 30 de agosto. Los análisis confirmaron el diagnóstico preliminar. Los médicos han puesto bajo supervisión a todos los contactos de los casos, incluyendo familiares y amigos.

“Esta enfermedad es curable, se trata con antibióticos convencionales. Forma parte de la lista de infecciones especialmente peligrosas, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. La principal fuente de infección son los animales”, dijo Sabyrzhan Abdykaimov, director del Centro Republicano de Cuarentena e Infecciones Especialmente Peligrosas.

Existe la posibilidad de que la carne de un animal infectado haya llegado a los mercados. Según algunos informes, parte del producto infectado puede estar en el mercado de la ciudad de Tokmak.

El Departamento de Investigación está chequeando todas las versiones. Se ha establecido un área de cuarentena alrededor de la zona donde se realizó la carneada. Se está llevando a cabo un control veterinario, y concientizando a la población.



Omán: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV

12 de septiembre de 2017 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El 30 de agosto de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Omán notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un nuevo caso confirmado por laboratorio de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV). El último reporte de un caso de MERS fue el 29 de noviembre de 2016.

Se trata de un hombre de 54 años, de la localidad de Al-Mussanah, región de Al-Batinah. Inició los síntomas el 9 de agosto, y fue hospitalizado el 21 de agosto. Las muestras fueron confirmadas por laboratorio el 29 de agosto. El

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

paciente informó no haber tenido contacto con dromedarios (*Camelus dromedarius*) ni con casos confirmados de MERS.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 2.080 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 722 muertes relacionadas.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud de Omán está llevando a cabo el rastreo de contactos y el seguimiento de los familiares y los trabajadores sanitarios de los hospitales donde el paciente fue tratado. Se están realizando pruebas de laboratorio a los contactos familiares y los trabajadores sanitarios sintomáticos y de alto riesgo. Los miembros de la comunidad y los que han estado en contacto con el paciente están siendo educados en la prevención de infecciones, reuniones masivas, viajes y otros temas relacionados, siguiendo las Directrices Nacionales de Preparación y Respuesta al MERS-CoV de Omán.

Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones humanas graves que resultan en una alta mortalidad. El contacto directo o indirecto con dromedarios infectados es la fuente de las infecciones humanas. El MERS-CoV ha demostrado su capacidad para transmitirse entre los seres humanos. Hasta el momento, la transmisión de humano a humano se ha producido principalmente en entornos de atención sanitaria.

La notificación de nuevos casos no modifica la evaluación general del riesgo. La OMS prevé que se reporten nuevos casos de infección por MERS-CoV en Medio Oriente, y que continuarán exportándose casos a otros países a través de personas infectadas tras la exposición a animales o productos de origen animal (por ejemplo, tras el contacto con dromedarios) o de origen humano (por ejemplo, en un centro sanitario).

La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y llevando a cabo la evaluación del riesgo con base en la última información disponible.

Advertencias de la OMS

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

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

Mientras no haya conocimientos más profundos acerca del MERS-CoV, debe considerarse que las personas con diabetes, insuficiencia renal, neumopatías crónicas o inmunodepresión corren gran riesgo de contraer una enfermedad grave en caso de infección por el MERS-CoV. Por consiguiente, dichas personas deben evitar el contacto estrecho con animales, en particular con dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o establos donde se sospeche que el virus puede estar circulando. Se deben adoptar medidas higiénicas generales, tales como lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

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

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

País/Región	Casos	%	Muertes	%	Tasa let.
Arabia Saudí	1.708	82,12	642	88,92	37,59
Emiratos Árabes Unidos	85	4,09	13	1,80	15,29
Jordania	27	1,30	10	1,39	37,04
Qatar	22	1,06	6	0,83	27,27
Omán	9	0,43	3	0,42	33,33
Irán	6	0,29	1	0,14	16,67
Kuwait	4	0,19	2	0,28	50,00
Túnez	3	0,14	1	0,14	33,33
El Líbano	2	0,10	—	—	—
Bahrein	1	0,05	1	0,14	100,00
Egipto	1	0,05	—	—	—
Yemen	1	0,05	1	0,14	100,00
Mediterráneo Oriental	1.869	89,86	680	94,18	36,38
República de Corea	186	8,94	36	4,99	19,35
Filipinas	3	0,14	—	—	—
Malasia	1	0,05	1	0,14	100,00
Pacífico Occidental	190	9,13	37	5,12	19,47
Gran Bretaña	3	0,14	2	0,28	66,67
Austria	2	0,10	—	—	—
Francia	2	0,10	1	0,14	50,00
Países Bajos	2	0,10	—	—	—
Alemania	1	0,05	—	—	—
Grecia	1	0,05	—	—	—
Italia	1	0,05	—	—	—
Turquía	1	0,05	1	0,14	100,00
Europa	13	0,63	4	0,55	30,77
Estados Unidos	3	0,14	—	—	—
América	3	0,14	—	—	—
Tailandia	3	0,14	—	—	—
Sudeste Asiático	3	0,14	—	—	—
Argelia	2	0,10	1	0,14	50,00
África	2	0,10	1	0,14	50,00
Total mundial	2.080	100,00	722	100,00	34,71

Tabla 2. Casos y muertes notificados a la OMS, y tasa de letalidad, por país y región. Datos al 12 de septiembre de 2017. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Unión Europea: Se calcula que unas 120.000 personas con el VIH desconocían su diagnóstico en 2015

13 de septiembre de 2017 – Fuente: 9th IAS Conference on HIV Science

En el año 2015, alrededor de 120.000 personas con el VIH que residían en países miembros de la Unión Europea (UE) desconocían su estado serológico.

Cada año, aproximadamente 30.000 personas son diagnosticadas con el VIH en los países de la UE. Sin embargo, sigue existiendo un número elevado de personas infectadas que no están diagnosticadas, lo que dificulta la consecución del objetivo 90-90-90 propuesto por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) para poner fin a la epidemia.

Con el fin de determinar el número de personas que viven con el VIH y no han sido diagnosticadas así como su incidencia en los países de la región europea, un equipo de investigadores de los sistemas de vigilancia del VIH en Ámsterdam (Países Bajos) y el Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC) llevó a cabo un análisis de la situación en 53 países europeos. Entre estos países se encontraban: países de la zona norte (Gran Bretaña, Irlanda, Islandia, países escandinavos, países bálticos), de la zona occidental (Francia, Alemania, Austria, Países Bajos), de la región sur (España, Portugal, Italia, Eslovenia, Croacia, Grecia, Chipre) y de la zona oriental (Polonia, República Checa, República Eslovaca, Hungría, Rumanía y Bulgaria).

En su análisis utilizaron la base de datos conjunta del sistema de vigilancia europeo (TESSy) para revisar los datos anuales de diagnósticos del VIH en el periodo 2003-2015, estratificados según la presencia de un diagnóstico concurrente de sida (en un plazo de 3 meses desde el diagnóstico) y el recuento de células CD4 en el momento del diagnóstico en personas sin sida.

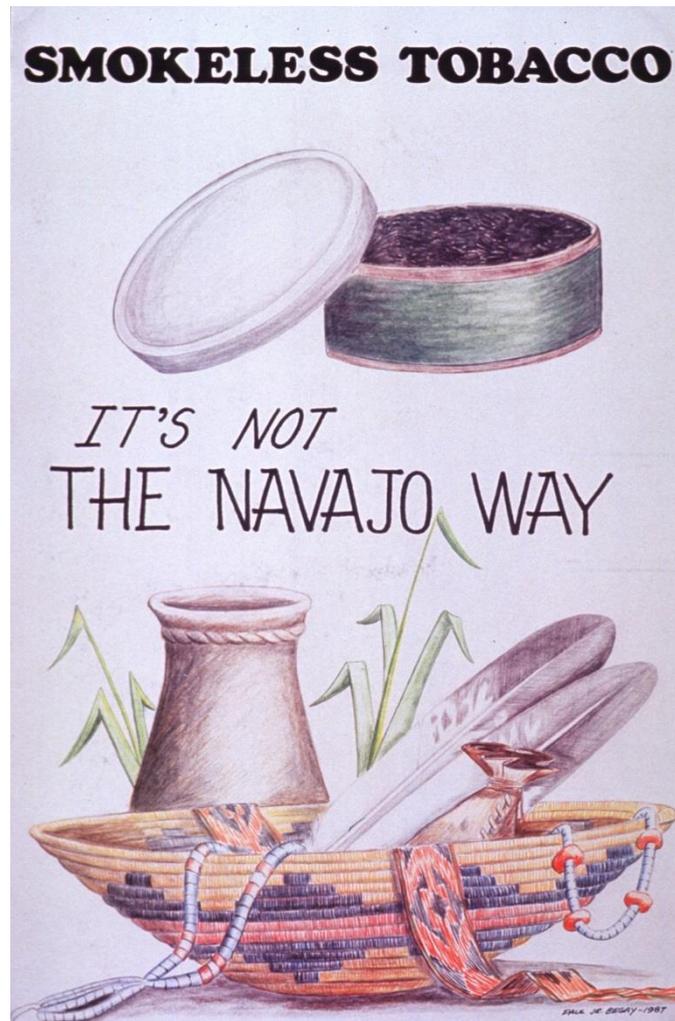
El equipo de expertos recopiló un total de 404.402 diagnósticos del VIH desde 2003 a 2015. El 30% de estos diagnósticos se localizó en la zona norte de Europa, 36% en la región occidental, 28% en la zona sur y 7% en países de Europa del Este. A partir de estos datos, obtuvieron también una estimación de la incidencia general de VIH que resultó ser de 5,3 casos cada 100.000 personas. Teniendo en cuenta las diferentes regiones, la tasa más elevada se registró en la zona norte de Europa (8,3 casos cada 100.000 personas), seguida de la zona occidental (6,1), Europa Oriental (3,1) y, en último lugar, la zona sur (2,7).

Además, se estimó que, en el año 2015, alrededor de 120.000 personas de los países de la UE desconocían su diagnóstico del VIH, de los cuales 26.000 pertenecían a la zona norte, 38.000 a la zona occidental, 37.000 a los países del sur y el 12.000 restante a los países del este de Europa.

La mediana del tiempo transcurrido desde la infección hasta el diagnóstico fue de 2,9 años (rango intercuartil: 1,4-5,4). En cuanto al nivel de células CD4, se apreció que 47% de las personas sin diagnosticar tenían un recuento igual o superior a 500 células/mm³, lo que sugiere que se encontraban recientemente infectadas. No obstante, el 31% presentó un nivel de CD4 inferior a 350 células/mm³.

Sigue existiendo un elevado número de personas no diagnosticadas, por lo que urge la implementación de programas para mejorar las tasas de diagnósticos, sobre todo entre las personas cuyos recuentos de CD4 son inferiores a 350 células/mm³.

Publicidad relacionada con la salud



Indian Health Service (1987. Rockville, Maryland, Estados Unidos).

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda aquella persona interesada en recibir este Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.