



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.

1.969

25 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 fiebre chikungunya, fiebre amarilla y encefalitis de Saint Louis
- Nace un bebé con enfermedad de Chagas congénita cada 7 horas

América

- La Región de las Américas elimina el tétanos materno y neonatal
- Bolivia, La Paz: Alarma ante el aumento de casos de parotiditis
- Brasil: Mejoran la precisión para detectar el virus Zika
- Estados Unidos: Dos especies de mosquitos que propagan enfermedades podrían prosperar en tres cuartas partes del país
- Estados Unidos, Texas: Advierten acerca de brucelosis vinculada a leche sin pasteurizar

El mundo

- Australia: Aumentan los casos de úlcera de Buruli
- Bangladesh: MSF exige medidas inmediatas para evitar un desastre de salud pública
- Emiratos Árabes Unidos: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV
- Grecia: Ante un aumento en los casos de sarampión, las autoridades recomiendan la vacunación
- El parásito *Acanthamoeba* puede causar queratitis en usuarios de lentes de contacto
- El elevado precio de los fármacos constituye uno de los principales obstáculos para eliminar la hepatitis C para 2030
- Las reacciones graves a las vacunas rara vez se vuelven a producir

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/



www.circulomedicocba.org/



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/



www.sadip.net/



www.apargentina.org.ar/

Fiebre chikungunya

No se registra circulación activa de virus Chikungunya en Argentina durante 2017. Se notificaron 9 casos probables de fiebre chikungunya importados en Buenos Aires (3), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (4) y Córdoba (2).

Fiebre amarilla

No se detectaron resultados positivos para fiebre amarilla en Argentina durante 2017. En el marco de la vigilancia de síndrome febril agudo inespecífico, se estudiaron 122 pacientes para fiebre amarilla, todos los cuales resultaron negativos.

Asimismo, en el marco de la vigilancia de posibles epizootias de fiebre amarilla, se estudiaron en el período analizado tres primates no humanos, provenientes de Corrientes, Misiones y Jujuy. Todos los casos resultaron negativos para fiebre amarilla en el Laboratorio Nacional de Referencia.

Encefalitis de Saint Louis

En el transcurso de 2017 se han informado casos aislados de encefalitis de Saint Louis probable en cinco provincias, surgidos de la vigilancia por laboratorio de arbovirus y de las meningoencefalitis.

- Buenos Aires: Se detectaron dos casos confirmados y tres probables, así como un caso confirmado y uno probable de flavivirus sin especificar (con mayor reactividad para el virus de la encefalitis de Saint Louis): uno en Pergamino, tres en La Plata, dos en Berisso y uno en Carlos Tejedor. Los casos tienen fecha de inicio de síntomas entre el 8 de enero (SE 2) y el 27 de abril (SE 17).
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Se notificó un caso probable con fecha de inicio de síntomas en la SE 5 y se confirmó la infección por un flavivirus sin especificar en la SE 16.
- Córdoba: Se notificaron nueve casos probables con fecha de inicio de síntomas entre el 2 de enero (SE 1) y el 11 de junio (SE 24) en la ciudad de Córdoba. Además se registraron seis casos probables de flavivirus sin especificar (positivos para los virus de la encefalitis de Saint Louis/fiebre del Nilo Occidental). No se pudo establecer nexo entre los casos.
- Chaco: Se notificaron un caso confirmado de flavivirus sin especificar en Resistencia y nueve casos probables, dos probables encefalitis de Saint Louis en la localidad de Barranqueras y Resistencia, y otros siete casos probables de flavivirus sin especificar en la localidad de Resistencia (1), en Villa Angela (2), Santa Sylvina –donde se confirmó circulación de virus dengue serotipo DEN-1– (2), Juan José Castelli (1) y El Sauzalito –donde se confirmó la circulación de virus Zika– (1). Estos casos presentan fecha de inicio de síntomas entre el 9 de enero y el 2 de mayo.
- Salta: Se registraron un caso confirmado y 11 probables de flavivirus sin especificar en localidades donde también se identificaron casos positivos de fiebre zika: Padre Lozano (1), Embarcación (7) y Tartagal (4). Los casos presentan fecha de inicio de síntomas entre el 3 de marzo (SE 9) y el 19 de abril (SE 16).
- San Juan: Se notificó un caso confirmado de encefalitis de Saint Louis correspondiente a la SE 13 y un caso probable de flavivirus sin especificar de la SE 22.
- San Luis: En la localidad de Merlo se identificó un caso probable con fecha de inicio de síntomas el 29 de enero (SE 5) y un caso probable de flavivirus sin especificar con fecha de inicio de síntomas el 24 de marzo (SE 12).



Nace un bebé con enfermedad de Chagas congénita cada 7 horas

23 de septiembre de 2017 – Fuente: Clarín (Argentina)

Ellas llevan peligrosos parásitos en la sangre y los tejidos. No lo saben, quedan embarazadas y dan a luz. En 4 de cada 100 casos, los bebés heredan la enfermedad: nacen infectados. Y aunque un remedio dado a tiempo podría sacarles los parásitos, el problema no se detecta, lo que condena a muchos a cargar con el mal de por vida. El parásito en cuestión es el causante de la enfermedad de Chagas y estos contagios, pese a ser altamente evitables, ocurren en Argentina a diario.

El Ministerio de Salud de la Nación calcula que *Trypanosoma cruzi* infecta en Argentina a más de 1,5 millón de personas, de los cuales 25% sufrirían problemas de corazón. La mitad son mujeres y se estima también oficialmente que cada año nacen 1.300 niños infectados. O sea, 1 cada 7 horas.

Pero al sistema de salud la mayoría de esos casos se le escapan y los especialistas hablan de “fracaso sanitario”. Según el Boletín Integrado de Vigilancia, los centros de salud lograron confirmar apenas 145 casos de enfermedad de Chagas congénita en 2015 y 99 en todo 2016 (menos de 8% de los estimados). En lo que va de 2017 fueron 52.

“La diferencia entre los casos estimados y confirmados se debe a que los métodos disponibles para el diagnóstico presentan complejidades por su grado de sensibilidad y especificidad”, explica Paula Sartor, coordinadora técnica del Programa de Nacional de Chagas.

El rol de la vinchuca



Cómo se desarrolla la enfermedad



Según los protocolos vigentes, a toda embarazada deben hacerle el análisis de enfermedad de Chagas. Si da positivo, no puede tomar el antiparasitario (benznidazol o nifurtimox) en la gestación. Se ordena entonces analizar al bebé, con la dificultad de que esas pruebas suelen confirmar con certeza si hubo contagio recién a los 9 meses de vida.

“Pero hay madres chagásicas que llegan al parto sin chequeos prenatales. También pasa que, aún diagnosticadas, muchas no vuelven al hospital y se pierde el seguimiento del bebé”, explica Diego Weinberg, biólogo experto en enfermedad de Chagas y subgerente de la Fundación Mundo Sano. “Hubo avances, pero el subdiagnóstico aún es altísimo y es grave porque las chances de tratarse con éxito bajan con los años”, asegura.

Según Sartor, la medicación –de la que entregan gratis más de 6.000 tratamientos al año– logra que los análisis den negativo en “más de 90% en los casos congénitos tratados en el primer año de vida”. Luego, explica, la tasa de éxito es menor y crecen los efectos adversos, pero igual se indica darlo a niños y adolescentes.

El drama es que la enfermedad, sin síntomas al inicio, se detecta recién 20, 30 o 40 años después, con las primeras cardiopatías y trastornos digestivos. Y ya es tarde.

“A menores de 18 años uno les da el tratamiento porque vuelve negativos los análisis. Pero en adultos, según estudios muy serios, casi no tiene efecto: aunque baja la carga parasitaria, no frena la enfermedad”, advierte Edgardo Schapachnik, titular de la Asociación Carlos Chagas y ex jefe de Chagas del Hospital General de Agudos ‘Dr. Cosme Argerich’, para quien los casos congénitos no suelen detectarse porque “el sistema no funciona bien” y en muchas zonas “falta acceso a la salud”.

Para erradicar el mal, los expertos piden más esfuerzos del Estado para prevenir los contagios por picaduras de vinchucas –principal vía de transmisión– con más educación, fumigaciones y mejoras en las viviendas. Advierten también que, aunque la enfermedad de Chagas suele asociarse sólo a las provincias donde está presente el insecto, las migraciones hicieron que hoy la mitad de los infectados estén en Buenos Aires.

América



La Región de las Américas elimina el tétanos materno y neonatal

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

La región de las Américas ha eliminado el tétanos materno y neonatal, una enfermedad que solía causar la muerte de más de 10.000 recién nacidos al año en los países y territorios del continente.

Este año se declaró la eliminación de la enfermedad en Haití, lo que permitió alcanzar la meta regional. El tétanos materno y neonatal es la sexta enfermedad prevenible mediante vacunación que se elimina en la región, tras la erradicación de la viruela en 1971, la poliomielitis en 1994, la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita en 2015 y el sarampión en 2016.

“La eliminación del tétanos materno y neonatal constituye otra prueba de que las vacunas funcionan y salvan la vida de innumerables madres y bebés. Sigamos protegiendo a las personas de nuestra región e invirtiendo en programas nacionales de vacunación fuertes y capaces de vacunar a todas las personas y de detectar con rapidez las enfermedades prevenibles mediante vacunación”, señaló Carissa Faustina Etienne, Directora de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

A diferencia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, el tétanos materno y neonatal se considera eliminado cuando la tasa anual es de menos de 1 caso cada 1.000 nacidos vivos a nivel distrital. El tétanos no puede erradicarse plenamente porque la bacteria que causa la enfermedad, *Clostridium tetani*, se encuentra en todo el ambiente en el suelo o en las heces de muchos animales.

Antes de que la vacunación moderna generalizada contra el tétanos materno y neonatal empezara en la década de 1970, esta enfermedad causaba la muerte de más de 10.000 recién nacidos cada año en la Región de las Américas, una cifra que, debido a un grave problema de subnotificación de los casos, los expertos consideraban baja. Según datos de la OMS, el tétanos neonatal se cobró la vida de cerca de 34.000 recién nacidos en 2015, lo que representa una reducción de 96% con respecto a 1988, cuando unos 787.000 recién nacidos murieron por el tétanos en su primer mes de vida.

El tétanos neonatal por lo general ocurre cuando el muñón umbilical del recién nacido, aún sin cicatrizar, se infecta con la bacteria *C. tetani*, en particular cuando el instrumento usado para cortar el cordón umbilical no es estéril, la superficie donde nace el bebé está sucia, las manos de quien ayuda en el parto están sucias o se aplican sustancias tradicionales nocivas al muñón umbilical. A menudo es mortal porque la parálisis impide al bebé respirar y amamantarse. Se previene vacunando a las embarazadas contra el tétanos usando la vacuna contra el tétanos y la difteria o la vacuna antitetánica, y garantizando prácticas higiénicas durante el parto y después.

Gracias al progreso reciente en la eliminación mundial, 43 países, entre los cuales se encuentra Haití, han eliminado el tétanos materno y neonatal entre el año 2000 y junio del 2017. En el mundo aún hay 16 países que todavía no han eliminado la enfermedad.

“Los niños y sus madres son el tesoro más precioso que tiene la Región de las Américas. Promover su salud y mejorar sus perspectivas de vivir una vida plena es la mejor apuesta que podemos hacer, como organización y como

parte de la comunidad humana, para construir un futuro brillante”, destacó María Cristina Perceval, Directora Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El progreso hacia la eliminación en la región de las Américas

En 1989, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en la cual se hacía un llamamiento para eliminar el tétanos neonatal en todo el mundo para el año 1995; la resolución luego fue respaldada por los Estados Miembros de la OPS en el Consejo Directivo de ese mismo año.

Para lograr la eliminación del tétanos materno y neonatal, la OPS/OMS recomendó a los países cuatro líneas de acción: 1) llevar a cabo la vacunación sistemática de las embarazadas contra el tétanos; 2) realizar actividades suplementarias de vacunación para las mujeres en edad fértil a fin de que todas las mujeres reciban al menos dos dosis de la vacuna; 3) reforzar la vigilancia de los casos de tétanos neonatal; y 4) promover la higiene en los servicios de atención del parto.

A principios del siglo XXI, la mayoría de los países de la región habían logrado eliminar el tétanos materno y neonatal; a partir de 2003, los esfuerzos se concentraron en Haití. El país vacunó a todas las mujeres en edad fértil contra el tétanos, independientemente de que hubieran recibido la vacuna anteriormente. También se vacunó a las embarazadas como parte del calendario corriente de vacunación. La vigilancia de la enfermedad se incorporó a la vigilancia de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación, como el sarampión, la rubéola, la poliomielitis, la difteria y la tos convulsa. Además, el país intensificó los esfuerzos para aumentar el número de nacimientos y partos en condiciones higiénicas y las prácticas adecuadas en cuanto al cuidado del muñón umbilical.

Después de realizar visitas de campo en junio de 2016, los expertos determinaron que era posible eliminar el tétanos materno y neonatal en Haití. Para confirmarlo, se realizó una encuesta en el Departamento Sud, considerado el de mayor riesgo de tétanos materno y neonatal, para determinar cuántas de las muertes de recién nacidos ocurridas en un período de un año se debían a esta enfermedad. Como los resultados de la encuesta indicaron que no había habido ninguna muerte neonatal debida al tétanos, se consideró que el tétanos materno y neonatal había sido eliminado.

Para mantener la eliminación del tétanos materno y neonatal, Haití ha elaborado un plan con siete líneas de acción:

- lograr y mantener al menos en 80% la cobertura de la vacuna contra el tétanos;
- realizar análisis periódicos de riesgo con respecto al tétanos materno y neonatal;
- organizar actividades complementarias de vacunación en los departamentos de alto riesgo cuando se considere necesario, basándose en el análisis de riesgos;
- adoptar y aplicar una política para administrar una vacunación adicional contra el tétanos y la difteria en niños y adolescentes;
- mejorar la accesibilidad y la calidad de los nacimientos asistidos;
- fortalecer las campañas comunitarias de educación acerca del cuidado del cordón umbilical; y
- mejorar la vigilancia.

La OPS alienta a todos los países de la región a intensificar sus esfuerzos para mantener en 95% la cobertura de la vacunación materna contra el tétanos, acorde con lo recomendado, ya que varios no han cumplido con esta meta en los últimos años.

“Dado que el tétanos nunca puede erradicarse, aún puede ocurrir algún caso aislado de tétanos neonatal en la región. Si eso sucediera, los países deben llevar a cabo una minuciosa evaluación para determinar cómo se lo podría haber evitado y prevenir nuevos casos”, dijo Cuauhtémoc Ruiz Matus, jefe de la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS.

Entre los asociados clave que participaron en las actividades para eliminar el tétanos materno y neonatal a nivel regional se encuentran los ministerios de salud de los Estados Miembros de la OPS/OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos y el gobierno de Brasil. En Haití, el UNICEF colaboró con el Gobierno de Canadá, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la OMS, los Comités Nacionales del UNICEF y el sector privado en las actividades de eliminación de la enfermedad.



Bolivia, La Paz: Alarma ante el aumento de casos de parotiditis

23 de septiembre de 2017 – Fuente: Página Siete (Bolivia)

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de La Paz encendió la alarma ante 108 casos de parotiditis que se reportaron en el departamento. La mayoría de los pacientes fueron varones, y se recomienda reposo a los afectados por esta enfermedad.

“En esta gestión, por diferentes situaciones, hubo brotes que nos han alarmado”, afirmó el director del SEDES, Freddy Valle Calderón, quien aseguró que el último brote es el que se registró en septiembre, ya que hasta la fecha se registran 108 casos.

Explicó que en agosto se reportaron 73 casos, lo que es bajo respecto a los 152 que se presentaron en abril –cuando se reportó el primer caso– hasta el mes de mayo. “En total tenemos 374 casos



El Ministerio de Salud reportó casos de parotiditis en 18 unidades educativas.

reportados por la Unidad de Epidemiología; probablemente exista mayor número, ya que muchos casos no son reportados”, explicó.

Los casos se presentaron en 18 unidades educativas y dos recintos militares.

Según los datos del SEDES, del total de casos, 236 se presentaron en varones y 119 en mujeres.

Explicó que a veces es muy complicado hacer comprender a los pacientes que deben estar en reposo, especialmente a los de entre 15 y 17 años, edades en las que se reportaron más casos: 282 enfermos tienen 17 años y 91 tienen 15 años.

La enfermedad también se presentó en los municipios de Los Andes, Ingavi, La Paz y El Alto.

En Bolivia, desde 2000 se aplica la vacuna triple viral, que protege contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis, a menores de un año.



Brasil: Mejoran la precisión para detectar el virus Zika

26 de julio de 2017 – Fuente: Instituto 'Dr. Carlos Justiniano Ribeiro das Chagas' (Brasil)

El Laboratorio de Virología Molecular del Instituto 'Dr. Carlos Justiniano Ribeiro das Chagas' (ICC), de la Fundación del Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ) - Paraná, pasará a contribuir aún más para enfrentar el desafío relacionado al diagnóstico diferencial de enfermedades causadas por flavivirus en Brasil, especialmente dengue, fiebre zika y fiebre amarilla. Con experiencia en investigaciones dirigidas al desarrollo de pruebas para la detección de virus de importancia para la salud pública y emergentes, el equipo del ICC actuará en una nueva plataforma tecnológica con capacidad para analizar simultáneamente una media de 1.580 muestras por hora, y realizar el seguimiento diagnóstico serológico, aquél capaz de detectar anticuerpos en la fase aguda de la infección y después de ella. El trabajo ya mostró resultados importantes, debido a que la metodología utilizada redujo de 50% de reactividad cruzada entre muestras de dengue y fiebre zika, uno de los principales problemas presentados por las pruebas disponibles actualmente para la enfermedad, a apenas 9% de resultados indeterminados (no hubo falsos resultados).



Lo inédito del trabajo es el uso de técnicas de alta complejidad para este tipo de diagnóstico. La nueva plataforma contará con equipamiento capaz de realizar diagnóstico por imagen, analizando un gran número de muestras simultáneamente. El proceso se realiza utilizando un algoritmo promovido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, y se constató que sólo 9% del total de muestras analizadas para diagnóstico de fiebre zika resultaron indeterminadas. El resultado representa un avance, ya que las pruebas utilizadas actualmente tienen una media de 50% de reactividad cruzada entre las infecciones por virus Dengue y Zika, lo que dificulta mucho el diagnóstico preciso, especialmente en el caso de las infecciones por Zika y sus contagios (transmisión congénita, por ejemplo). Otro punto importante es que los diagnósticos son serológicos. En la actualidad, sólo se realizan pruebas moleculares, que deben efectuarse hasta cinco días después de la aparición de los primeros síntomas.

La metodología utilizada para el análisis de las muestras está en proceso de patentamiento por la FIOCRUZ-Paraná, y la plataforma tecnológica cuenta con dos equipamientos que utilizan el sistema de análisis de alto rendimiento por imagen. Uno de los equipamientos fue adquirido con recursos de una convocatoria de la agencia de fomento para proyectos relacionados con la investigación del virus Zika, y el otro cedido por una institución filantrópica internacional, como reconocimiento de la importancia del trabajo que se está desarrollando en el área.

La idea es ampliar el alcance del trabajo, y adaptar los procesos para realizar la detección de otros virus emergentes. Se está trabajando para validar el método para el diagnóstico de fiebre amarilla. Aún persisten algunos desafíos, como un equipo de profesionales reducido, pero el objetivo es convertir a la institución en un centro importante para el área en el país.¹

JOURNAL OF
MEDICAL ENTOMOLOGY

Estados Unidos: Dos especies de mosquitos que propagan enfermedades podrían prosperar en tres cuartas partes del país

21 de septiembre de 2017 – Fuente: *Journal of Medical Entomology*

Es probable que dos especies de mosquitos que transmiten enfermedades puedan prosperar en la mayor parte de Estados Unidos. Específicamente, *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* podrían sobrevivir y reproducirse al menos una

¹ El Laboratorio de Virología Molecular del Instituto 'Dr. Carlos Justiniano Ribeiro das Chagas' es el único organismo que actúa como centinela en la Región Sur de Brasil, y participa de forma significativa del esfuerzo de la Fundación del Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' en el desarrollo de investigaciones relacionadas con el virus Zika. El grupo fue responsable de la confirmación, a través de la secuenciación del genoma viral, en mayo de 2015, de la presencia del virus en ocho muestras humanas provenientes de Rio Grande do Norte.

En 2016, el equipo divulgó los resultados de una investigación que reforzó la relación entre el virus y las malformaciones congénitas, un avance importante para tener una idea más amplia de la infección del virus y los posibles mecanismos de transmisión, y tener una dimensión cuantitativa de las personas infectadas. En la actualidad, sólo se realizan pruebas moleculares, que deben realizarse en hasta cinco días después de la aparición de los primeros síntomas.

parte del año en tres cuartas partes de los condados de los 48 estados más al sur si se introducen en esos lugares. Esas dos especies pueden transmitir los virus que provocan Zika, Dengue, Chikungunya y de la fiebre amarilla.

El hábitat donde *A. aegypti* podría sobrevivir incluye a gran parte del este de Estados Unidos al sur de los Grandes Lagos, además de partes de varios estados del suroeste. El hábitat donde *A. albopictus* podría sobrevivir si se extiende más al noreste, pero se limita más por el suroeste.

Esta investigación puede ayudar en los esfuerzos por controlar a los mosquitos y a las enfermedades que portan. Los esfuerzos de vigilancia se pueden enfocar en los condados donde *A. aegypti* y *A. albopictus* podrían sobrevivir y reproducirse si se introducen en un área durante los meses en que los mosquitos se hallan localmente activos, o al menos sobrevivir durante los meses de verano si se introducen.

Además, los mapas pueden ayudar a los proveedores de atención de la salud y al público a comprender dónde podrían encontrarse esos tipos de mosquitos, de forma que puedan tomar medidas para protegerse de las picaduras de mosquito y las posibles infecciones.

El estudio y los mapas no abordan la abundancia de los mosquitos ni el riesgo de transmisión de virus.

Debe tenerse en cuenta que todos los lugares de un condado quizá no sean adecuados para los mosquitos. Por ejemplo, los ambientes más cálidos en las ciudades podrían ser buenos hábitats para las dos especies de mosquitos, pero no así las áreas rurales más frías.

La temperatura es el factor más importante que determina si las dos especies pueden sobrevivir y reproducirse.

El agua estancada de lluvia es un factor más importante en la puesta de huevos de *A. albopictus* que de *A. aegypti*. Esto podría explicar por qué el hábitat de *A. albopictus* es más grande en la parte este de Estados Unidos y más pequeño en la parte suroeste, que es más seca.²



Estados Unidos, Texas: Advierten acerca de brucelosis vinculada a leche sin pasteurizar

15 de septiembre de 2017 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Las personas que consumieron leche sin pasteurizar o productos elaborados con esta leche de una empresa de productos lácteos de Texas deben comunicarse con su proveedor de atención médica de inmediato, y notificar a los investigadores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y al Departamento de Servicios Estatales de Salud (DSHS) de Texas. La leche sin pasteurizar de la empresa K-Bar Dairy en Paradise, en Texas dio resultados positivos en pruebas de detección de una bacteria poco común pero potencialmente peligrosa conocida como *Brucella* RB51.

Los CDC aconsejan que las personas que consumieron leche o productos de leche de la empresa K-Bar Dairy entre el 1 de junio y el 7 de agosto de este año, deberían recibir tratamiento con antibióticos para evitar el riesgo de infecciones crónicas de por vida. Inicialmente, las personas con brucelosis presentan fiebre, sudores, dolores y fatiga. Si no se trata, la infección por *Brucella* RB51 puede causar complicaciones a largo plazo como artritis; problemas cardíacos, agrandamiento del bazo o del hígado; y, en raras ocasiones, problemas del sistema nervioso como la meningitis. La cepa RB51 puede causar enfermedad grave en las personas con el sistema inmunitario debilitado y aborto espontáneo en las mujeres embarazadas.

Es muy importante que las personas que tomaron leche sin pasteurizar de esta empresa busquen tratamiento para prevenir la infección con *Brucella* RB51. Incluso si las personas no presentan ningún síntoma ahora, pueden presentar una infección crónica que podría afectar su salud en los años venideros.

Leche de la empresa K-Bar causó la infección por *Brucella* a un residente de Texas. El caso de enfermedad de una mujer ha sido vinculado a los productos lácteos de la empresa. Los registros de compra y los registros de la enfermedad indican que más personas en Texas, y algunas en lugares tan alejados como California y North Dakota, podrían necesitar antibióticos para prevenir o tratar la infección. En Texas, solo es permitida la venta de leche sin pasteurizar en el sitio de la empresa de lácteos. Según el DSHS de Texas, la empresa K-Bar ha estado funcionando de conformidad con las leyes y normas estatales de esa industria, y está cooperando plenamente con la investigación.

Los CDC y funcionarios de salud de Texas han estado tratando de comunicarse con personas de más de 800 hogares de las que se sabe que han comprado leche sin pasteurizar K-Bar. Texas está haciendo seguimiento a personas de 170 de estos hogares; los CDC trataron de comunicarse con las de los otros 672 hogares, pero muchas no suministraron información de contacto. De los 485 hogares con información de contacto, los CDC efectivamente pudieron comunicarse con 236. De estos 236 hogares, 83% de las personas estuvieron expuestas a la cepa RB51 al beber la leche.

El desconocimiento del riesgo preocupa a los funcionarios

Debido a la información de contacto incompleta, el personal de los CDC no ha podido comunicarse con aproximadamente 200 hogares en los que alguien compró leche K-Bar. Es posible que las personas que consumieron muestras de la leche en la empresa de lácteos, o que obtuvieron la leche a través de familiares o amigos, tampoco tengan conocimiento del riesgo.

Hasta ahora, los CDC y los funcionarios de salud de Texas han recibido informes acerca de personas que bebieron leche K-Bar o que tienen síntomas que concuerdan con los de la brucelosis causada por la cepa RB51 en Alabama, Arkansas, California, Ohio, North Dakota, Tennessee y Texas.

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

Las personas expuestas necesitan antibióticos

Los CDC recomiendan que toda persona que bebió leche sin pasteurizar o consumió productos de la empresa de lácteos K-Bar entre el 1 de junio y el 7 de agosto del 2017, vea a su médico y le pida antibióticos para prevenir infecciones. Debido a que *Brucella* puede causar complicaciones durante el embarazo, incluido el aborto espontáneo, es especialmente importante que las mujeres embarazadas que hayan podido estar expuestas busquen atención médica. La cepa RB51 es resistente a algunos antibióticos que por lo general se usarían para prevenir o tratar la brucelosis; por lo tanto, las personas que bebieron la leche deberían decirle a su médico que pudieron haber estado expuestas a *Brucella* RB51.

Las personas que han consumido la leche también deben chequearse la temperatura por si tienen fiebre durante las cuatro semanas siguientes a la última vez que bebieron la leche, y estar atentas a si presentan otros síntomas de la brucelosis durante seis meses. Estos síntomas incluyen, pero no se limitan a los siguientes: dolor muscular, fatiga prolongada, artritis, depresión e inflamación de los testículos.³

El mundo



Australia: Aumentan los casos de úlcera de Buruli

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

Ella Crofts es una colegiala australiana afectada por una úlcera que le carcomió parte de la rodilla.

Con sólo 13 años, la adolescente inició una campaña para exigir al gobierno de Australia que destinara más fondos a la investigación de la úlcera de Buruli, una enfermedad infecciosa cuya incidencia ha crecido en esa nación.

Este mal suele ser más frecuente en países que están en vías de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta ahora ha habido infectados en 33 países de zonas cálidas.

Sin embargo, los médicos advirtieron de una creciente epidemia en el área del estado de Victoria, donde vive Crofts.

Las autoridades sanitarias han registrado en lo que va del año 159 casos, el triple que hace tres años.

A nivel global, el número de infectados ha disminuido, según la OMS, que hace una salvedad: Australia.

Esta enfermedad la transmite una bacteria de la misma familia que causa la lepra y la tuberculosis. Pero los expertos ignoran cómo se contrae esta infección, por lo que tampoco saben cómo prevenirla.

Crofts relató en un comunicado que todo empezó con un dolor en la rodilla el pasado mes de abril en el pueblo de Tyabb, donde vive. Pronto, se convirtió en una herida.

“Empeoró lentamente. Mi rodilla se hinchó y se inflamó hasta que un día la piel comenzó a romperse”.

La adolescente, a la que le encantan las actividades al aire libre, afirmó que le tomaron muestras con hisopos pero que estas no arrojaron ningún resultado.



La adolescente fue operada tres veces y toma antibióticos fuertes, pero aún no se ha recuperado por completo.

³ La RB51 es una cepa debilitada de *Brucella* que se usa para vacunar a las vacas hembras jóvenes contra infecciones por otras cepas más peligrosas de *Brucella*. La vacunación de las vacas con la vacuna RB51 previene abortos en este ganado y reduce el riesgo de las personas de entrar en contacto con vacas infectadas por las cepas más peligrosas de esta bacteria. Sin embargo, en raras ocasiones, las vacas vacunadas pueden liberar la RB51 en su leche.

Las pruebas realizadas con muestras individuales de leche tomadas de las vacas del lote de la empresa revelaron que dos de las vacas estaban infectadas con *Brucella* RB51; esto fundamenta la conclusión de que estos animales son una fuente de la contaminación con RB51 de la leche sin pasteurizar de la empresa. Funcionarios de Texas continúan realizando pruebas para garantizar que las demás vacas del lote no representen un riesgo continuo de contaminación con RB51 de la leche sin pasteurizar de la empresa. La única manera de evitar esta posible exposición es al beber leche que haya sido pasteurizada para matar los microbios.

Brucella es poco común en Estados Unidos, en gran parte debido a las prácticas de vacunación del ganado para prevenir la brucelosis. En Estados Unidos se reportan aproximadamente 120 casos humanos anuales de la enfermedad. La mayoría de los casos de brucelosis en Estados Unidos ocurren en personas que viajaron a países donde *Brucella* es más común y bebieron leche de vaca, oveja o cabra contaminada, o tuvieron contacto con animales infectados. Entre los casos en Estados Unidos en que la brucelosis se contrajo dentro del país, las infecciones ocurren por el contacto con cerdos salvajes o, menos frecuentemente, perros, o debido a una exposición accidental en entornos de laboratorios.

La leche sin pasteurizar y los productos de leche sin pasteurizar son aquellos que no han sido sometidos a un proceso llamado pasteurización que mata a los microbios causantes de enfermedades. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan que las personas solo beban leche que haya sido pasteurizada para matar los microbios. Aun los animales sanos pueden portar gérmenes que pueden contaminar la leche. No hay sustituto de la pasteurización que garantice que la leche sea segura para consumir.

El riesgo de enfermarse por consumir leche sin pasteurizar es mayor para los bebés y los niños pequeños, los ancianos, las mujeres embarazadas y las personas con el sistema inmunitario debilitado, como las que tienen cáncer, recibieron un trasplante de órgano o tienen el VIH/sida. Sin embargo, las personas sanas de cualquier edad pueden enfermarse gravemente si beben leche sin pasteurizar contaminada con microbios nocivos.

Los antibióticos que se suelen recetar para las infecciones comunes tampoco evitaron que la úlcera continuara avanzando.

Su médico, el experto en enfermedades infecciosas Daniel O'Brien, confirmó que Crofts había sufrido un severo caso de úlcera de Buruli.

Tres operaciones y antibióticos fuertes

"La bacteria se introduce en la piel y se abre camino comiéndose a esta y al tejido inferior de los miembros hasta recibir tratamiento. Mientras más tiempo la dejes actuar, peor se pondrá. Es una infección destructiva y progresiva", explicó el facultativo.

La menor tuvo que ser operada tres veces y toma antibióticos muy fuertes. "Llevo seis meses de cuidados médicos de calidad y aún no me he recuperado".

"¿Por qué aumentan los casos en Victoria con tanta rapidez? ¿Por qué se está moviendo la enfermedad? Antes, era común en la península de Bellarine, ahora está en la de Mornington", se puede leer en la petición publicada por Crofts. Se trata de las penínsulas que resguardan la ciudad de Melbourne y que están separadas por menos de 15 kilómetros de mar.



Se han dado casos en ambas penínsulas que resguardan la ciudad australiana de Melbourne.



Los casos están aumentando en Australia.

O'Brien aseguró que existe una "epidemia que empeora" en la costa de Victoria. "Los casos se incrementan con rapidez y parecen duplicarse cada año. Estamos teniendo el doble de casos graves que antes, tal vez porque este organismo se esté propagando con más virulencia", lamentó.

También se mostró preocupado por la aparición de brotes de esta infección en áreas diferentes. Reveló que el conocimiento de las autoridades sanitarias sobre cómo actuar es limitado.

El Grupo de Trabajo Internacional para la Erradicación de Enfermedades del Centro Carter incluye la úlcera de Buruli entre las siete enfermedades imposibles de eliminar.

El Departamento de Salud de Victoria afirmó que estaba

estudiando las heces de zarigüeyas –unos marsupiales– en busca de la bacteria y financiando las investigaciones relativas a los mosquitos.

También está trabajando con el Colegio Real Australiano de Médicos Generales para desarrollar guías de formación para que los doctores puedan diagnosticar la úlcera de Buruli con una mayor rapidez.⁴

⁴ La úlcera de Buruli es una infección crónica y debilitante causada por *Mycobacterium ulcerans*, que afecta principalmente a la piel, y a veces al hueso. Este microorganismo es una bacteria presente en el ambiente cuyo modo de transmisión al ser humano todavía se desconoce. El diagnóstico y el tratamiento tempranos constituyen la principal estrategia para minimizar la morbilidad, los costos y evitar discapacidades de larga duración.

Estudios científicos muestran que se han notificado casos de úlcera de Buruli en 33 países de África, América, Asia y el Pacífico Occidental. La mayoría de los casos se produce en regiones tropicales y subtropicales, aunque también se han notificado casos en Australia, China y Japón.

La mayoría de los casos se ha registrado en África Occidental y Central, en particular en Benín, Camerún, Costa de Marfil, República Democrática del Congo y Ghana. En los últimos años, Australia ha notificado un número creciente de casos.

En 2015, 13 países notificaron casi 2.037 casos nuevos. Salvo por unos pocos países, el número de casos se ha reducido desde 2010 a pesar de que se desconoce la causa exacta de esta reducción.

Las características clínicas y epidemiológicas de los casos varían en los diferentes países y entornos. En África, 48% de los afectados son niños menores de 15 años, mientras que esa franja etaria representa 10% en Australia y 19% en Japón. No existen diferencias importantes entre las tasas de hombres y mujeres afectados.

Las lesiones se producen a menudo en las extremidades: 35% se produce en las extremidades superiores, 55%, en las extremidades inferiores y 10% en otras partes del cuerpo.

Para desarrollarse, *M. ulcerans* requiere una temperatura de 29 a 33°C y una baja concentración de oxígeno (2,5%). Este microorganismo produce una toxina destructiva (micolactona) que provoca daños en los tejidos e inhibe la respuesta inmunitaria.

Se desconoce aún el modo exacto de transmisión de *M. ulcerans*.

La úlcera de Buruli se manifiesta inicialmente como un nódulo indoloro. Puede comenzar también como una placa indolora o un edema difuso e indoloro de las piernas, los brazos o la cara. Debido a las propiedades inmunodepresoras de la micolactona, la enfermedad evoluciona sin dolor ni fiebre. En ausencia de tratamiento, pero a veces incluso durante el tratamiento antibiótico, el nódulo, placa o edema se convierte, al cabo de cuatro semanas, en úlceras que presentan los clásicos bordes socavados. Ocasionalmente se ven afectados los huesos, lo que provoca grandes deformidades.

Por el momento no hay medidas de prevención primaria que se puedan aplicar. Se desconoce el modo de transmisión y no hay vacunas.

El objetivo del control de la úlcera de Buruli consiste en minimizar el sufrimiento, las discapacidades y la carga socioeconómica. La detección precoz y el tratamiento antibiótico constituyen la piedra angular de la estrategia para el control de la enfermedad.

La única manera de evitar un desastre de salud pública de enormes proporciones en Bangladesh es ampliando urgentemente los programas de ayuda humanitaria destinados a atender a los refugiados rohinyás.⁵

Debido a la oleada de violencia específicamente dirigida contra ellos, desde el pasado 25 de agosto más de 422.000 rohinyás han tenido que huir a Bangladesh desde el vecino estado de Rakhine, en Myanmar. Los recién llegados se han añadido a los cientos de miles de rohinyás que ya estaban refugiados en Bangladesh tras haber sufrido otros episodios de violencia en años anteriores.

La mayoría se han trasladado a asentamientos improvisados donde no disponen de refugios adecuados y donde no tienen alimentos, agua potable o baños suficientes. Dos de los principales asentamientos que ya existían, los campos de Kutupalong y Balukhali han terminado por fusionarse y convertirse en un inmenso campo que acoge a día de hoy a casi 500.000 refugiados, lo que le convierte en uno de los lugares con mayor concentración de refugiados de todo el mundo.

Bebiendo agua sucia

Estos asentamientos son esencialmente chabolas que se han construido a los dos lados de la única carretera de dos carriles que atraviesa esta parte del distrito. No hay carreteras dentro o fuera del asentamiento, lo que dificulta la entrega de ayuda. El terreno es montañoso y propenso a deslizamientos de tierra, y hay una ausencia completa de letrinas o de lugares donde la gente pueda asearse. Al caminar por el asentamiento, para pasar de un sitio a otro, se deben sortear, y en muchos casos atravesar, arroyos de agua sucia y heces humanas.

Debido a la poca agua potable de la que dispone, la gente está bebiendo el agua que recogen de los arrozales, de los charcos o de pozos poco profundos cavados a mano y que a menudo están contaminados con excrementos. En el centro médico de Médicos Sin Fronteras (MSF) en Kutupalong han sido tratados 487 pacientes con enfermedades diarreicas en apenas 10 días. El centro recibe cada día a decenas de personas adultas completamente deshidratadas y al borde de la muerte. Esto podría ser una clara señal de que una emergencia de salud pública podría estar a la vuelta de la esquina, ya que no es habitual ver algo así en personas adultas.

La seguridad alimentaria en los asentamientos y en los alrededores de los mismos es increíblemente frágil: los refugiados recién llegados dependen completamente de la ayuda humanitaria, los precios en el mercado se están disparando y la falta de carreteras está dificultando el acceso de la ayuda hasta las poblaciones más vulnerables. Debido al poco dinero del que disponen y a lo caóticas e insuficientes que están siendo las distribuciones de alimentos, muchos rohinyá apenas reciben comida. Algunos refugiados comentan que han pasado días enteros sin probar bocado. Uno de ellos explicó que lo único que había logrado encontrar, tras varios días sin ingerir alimento alguno, fue el plato de arroz que le ofreció el dueño de un restaurante. Tuvo que compartir ese único plato con los seis miembros de su familia.

Cuidado con el sarampión y el cólera

Mientras tanto, las instalaciones médicas, incluyendo las clínicas de MSF, están completamente saturadas. Entre el 25 de agosto y el 17 de septiembre, una clínica de la organización recibió un total de 9.602 pacientes ambulatorio-



En la clínica de MSF en Kutupalong, se han tratado 487 pacientes con enfermedades diarreicas en apenas 10 días.

⁵ La comunidad rohinyá es originaria de Myanmar, donde residían hasta la actual oleada de violencia 1.100.000 miembros de esta comunidad. Tras la más reciente campaña de limpieza étnica, más de 400.000 han huido, refugiándose en Bangladesh, donde ya vivían medio millón de refugiados huidos de oleadas de persecución anteriores, lo cual implica que más de 900.000 miembros de esta etnia están ahora en Bangladesh.

Además de los residentes en Myanmar y Bangladesh, unos 200.000 rohinyá residen en Pakistán y otros 200.000 en Arabia Saudí. A ellos habría que sumar 40.000 refugiados asentados en Malasia, otros 40.000 en India, al menos 10.000 en Tailandia y 10.000 en Indonesia. En total, la comunidad supera los dos millones de personas.

La discriminación contra este colectivo comenzó tras la independencia de Myanmar, y sobre todo tras la llegada de los uniformados al poder. En 1948, la Ley de Unión de Ciudadanías identificó las "razas indígenas de Myanmar" que tenían derecho a la nacionalidad, y los rohinyá no figuraban entre ellas. Sin embargo, permitía que aquellos que pudiesen documentar la presencia de al menos dos generaciones en el país accedieran a documentos de identidad y así se facilitó la nacionalidad a parte de la comunidad. Después del Golpe de Estado militar de 1962, los militares obligaron a los birmanos a obtener tarjetas de identidad pero restringieron la concesión de documentos a los rohinyá, a los que tacharon de inmigrantes ilegales. Los uniformados radicalizaron su postura con la Ley de Ciudadanía de 1982, cuando la Junta Militar estableció las 135 etnias que componen Myanmar dejando, de nuevo, a los rohinyá al margen. La nueva ley establecía tres niveles de ciudadanía, y para obtener el más básico de todos ellos, los aspirantes debían probar que sus familias vivían en Myanmar desde antes de 1948, además de su fluidez en alguna lengua nacional. Los rohinyá, que hablan su propio dialecto, carecen de papeles porque las autoridades se los han negado en las últimas décadas. Ese es el motivo por el cual carecen de derecho a la ciudadanía y además se enfrentan a una ausencia flagrante de derechos básicos, como la libertad de movimientos, su exclusión del mercado laboral, la ausencia de acceso a la sanidad y a la educación, regulaciones discriminatorias a la hora de contraer matrimonio, control de la natalidad (desde 2008, se impide que tengan más de dos hijos por unión) o confiscación de tierras. También sufren restricciones a la hora de ejercer determinadas profesiones, como la medicina o la abogacía. Los rohinyá que abandonan sus aldeas no pueden regresar a sus localidades de origen al carecer de documentos que demuestren que son originarios de Myanmar.

rios, 3.344 pacientes de urgencias, 427 pacientes que tuvieron que ser hospitalizados, 225 pacientes con lesiones relacionadas con la violencia y 23 personas que habían sido víctimas de violencia sexual.

Dado el enorme y rápido aumento de la población y la baja cobertura vacunal entre la comunidad rohinyá proveniente de Myanmar, existe un riesgo muy alto de que surjan brotes de enfermedades infecciosas. Es necesario lanzar de inmediato campañas de vacunación contra el sarampión y el cólera para reducir el riesgo de brotes y proteger a las poblaciones rohinyá y bangladesí. En previsión de lo que pueda ocurrir, MSF ha preparado una unidad de aislamiento en el centro médico de Kutupalong en la que se ingresará rápidamente cualquier caso sospechoso o identificado de cólera o sarampión.

La situación en los campamentos es tan sumamente frágil, especialmente en lo que respecta al refugio, la alimentación, el agua y el saneamiento, que cualquier pequeño detalle podría llevar a un brote de enormes magnitudes. Ese sin duda sería el punto de inflexión entre lo que hoy en día es una crisis y lo que entonces sería una catástrofe.

Cientos de miles de refugiados viven en una situación extremadamente precaria, y todas las condiciones previas para que ocurra un desastre de salud pública están presentes. Probablemente aún no se haya registrado el impacto completo de esta crisis en términos de salud. Hay una necesidad urgente de una intervención humanitaria masiva centrada en alimentos, agua potable, refugio y saneamiento, y se necesita una solución para reducir el tamaño de estos campos tan sumamente enormes y congestionados.⁶



Emiratos Árabes Unidos: Nuevo caso de infección por el MERS-CoV

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

El 23 de agosto de 2017, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Emiratos Árabes Unidos 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).

Se trata de un hombre de 78 años de edad, que vive y trabaja en Al-Ain. No presenta comorbilidades y no refiere exposición a dromedarios (*Camelus dromedarius*), ni a casos confirmados de MERS.

A nivel mundial, la OMS ha sido notificada desde septiembre de 2012 de 2.081 casos confirmados por laboratorio de infección por el MERS-CoV, incluyendo al menos 722 muertes relacionadas.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud ha identificado y está monitoreando los contactos en el hogar y entre el personal de atención médica. Se están realizando pruebas de laboratorio a los contactos sintomáticos y de alto riesgo entre los familiares y trabajadores de la salud.

Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones graves en humanos, con una elevada mortalidad, y se ha demostrado su capacidad de transmisión de persona a persona. Hasta la fecha, la transmisión observada de persona a persona se ha producido principalmente en centros sanitarios.

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 lleva a cabo evaluaciones del riesgo sobre la base de la última información disponible.

Advertencia 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.

País/Región	Casos	%	Muertes	%	Tasa let.
Arabia Saudí	1.708	82,08	642	88,92	37,59
Emiratos Árabes Unidos	86	4,13	13	1,80	15,12
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	1.870	89,86	680	94,18	36,36
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	0,62	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	2.081	100,00	722	100,00	34,69

Tabla 1. Casos y muertes notificados a la OMS, y tasa de letalidad, por país y región. Datos al 21 de septiembre de 2017. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

⁶ Médicos Sin Fronteras (MSF) trabajó por primera vez en Bangladesh en 1985. Cerca del asentamiento provisional de Kutupalong, en el distrito de Cox's Bazar, administra un centro médico y una clínica que ofrece atención integral básica y de urgencias, así como servicios hospitalarios y de laboratorio a los refugiados rohinyás y a la comunidad local. En respuesta a la enorme afluencia de refugiados, la organización ha aumentado significativamente sus esfuerzos en todo lo relativo al tratamiento y distribución de agua, al saneamiento y a las actividades médicas para la población de refugiados.

Además de los proyectos para atender las necesidades médicas de los refugiados rohinyá, MSF trabaja también en Kamrangirchar, una barriada de Dhaka, la capital de Bangladesh. Allí sus equipos brindan servicios de salud mental, salud reproductiva, planificación familiar y consultas prenatales, y gestionan un programa de salud ocupacional para los trabajadores de las fábricas.

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.



Grecia: Ante un aumento en los casos de sarampión, las autoridades recomiendan la vacunación

23 de septiembre de 2017 – Fuente: Xinhua (China)

Grecia está enfrentando este año un brote de sarampión, con 166 casos reportados hasta el 21 de septiembre, dijo hoy el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (ΚΕΕΛΠΝΟ).

De acuerdo con la información proporcionada, la mayoría de los casos tienen que ver con niños romaníes y personas de entre 25 y 44 años de edad, incluyendo a profesionales de la salud, que no fueron vacunados de manera apropiada contra la enfermedad.

El aumento en los casos de sarampión ha generado preocupación pues durante varios años, la tasa promedio en Grecia fue de cerca de un caso al año.

El ΚΕΕΛΠΝΟ destacó que desde 2016 se han registrado más de 14.000 casos en toda Europa y 43 muertes por complicaciones.

Entre las posibles complicaciones provocadas por el sarampión se encuentran la neumonía y la encefalitis. La enfermedad es muy contagiosa y los expertos exhortan a vacunar a las personas en situación de riesgo que no han sido vacunadas o que tienen una vacunación incompleta.

El 90% de los menores en Grecia han sido vacunados contra la enfermedad, informó el ministro de Salud griego, Andreas Xanthos, quien agregó que la tasa disminuye hasta 50% entre los niños gitanos.

Para evitar una epidemia más amplia, las autoridades intensificaron los esfuerzos encaminados a vacunar a los menores en los campamentos gitanos.



El parásito *Acanthamoeba* puede causar queratitis en usuarios de lentes de contacto

22 de septiembre de 2017 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Una mujer australiana, de 38 años, perdió la visión de su ojo izquierdo luego de batallar durante una década con una infección provocada por el parásito *Acanthamoeba*.

Este organismo puede entrar en el cuerpo de una persona a través de cortes en la piel, por la solución de lentes de contacto o la inhalación.

Acanthamoeba es capaz de causar una inflamación severa en la córnea, llamada queratitis, que provoca dolor intenso, enrojecimiento, visión borrosa, sensibilidad a la luz, pérdida de visión, llegando a la ceguera si no se trata. La infección suele comenzar con el parásito pegándose a la córnea, antes de penetrar profundamente, y de forma progresiva va disminuyendo la visión.

Lentes de contacto

Aunque cualquier persona puede presentar queratitis por *Acanthamoeba*, la enfermedad es más común en personas que usan lentes de contacto. Sin embargo, no es muy frecuente. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos estiman que uno de cada 33 millones de usuarios de lentes de contacto está afectado por este parásito.

En el caso de la mujer australiana, el parásito la dejó incapaz de salir a la luz, forzándola a usar gafas de sol de forma permanente.

El tratamiento al que fue sometida no pudo acabar con la infección y a lo largo de una década sufrió úlceras agnizantes en su ojo izquierdo. También recibió un trasplante completo de córnea que resultó infructuoso.



“Estaba en tal agonía que quería morir. Se sentía como fragmentos de vidrio se rasgaran a través de mi ojo”, señaló la mujer.

¿Cómo llega el parásito a las lentes?

Las lentes de contacto se pueden contaminar con *Acanthamoeba* por contacto con agua, como pueden ser las piscinas, las bañeras de hidromasaje o un grifo común.

Para evitar cualquier tipo de infecciones o contagios, existen reglas básicas que los usuarios de lentes de contacto deben seguir:

- Visitar al oftalmólogo para exámenes oculares regulares.
- Usar y reemplazar las lentes de contacto de acuerdo con el horario prescrito por su oftalmólogo.
- Quitarse las lentes de contacto antes de cualquier actividad que implique contacto con el agua, incluyendo ducharse, usar un jacuzzi o nadar.
- Lavarse las manos con agua y jabón y secarlas antes de manipular las lentes de contacto.
- Limpiar las lentes de contacto según las instrucciones.
- Nunca reutilizar una solución vieja.
- Utilizar una solución limpia o desinfectante cada vez que se limpian y guardan las lentes.
- Nunca utilizar solución salina o gotas de rehumectación para desinfectar las lentes.
- Asegurarse de limpiar, frotar y enjuagar las lentes cada vez que se las retira. Frotar y enjuagar los lentes de contacto ayuda a eliminar los microbios y residuos nocivos.
- Guardar las lentes reutilizables en el estuche de almacenamiento adecuado.
- Las cajas de almacenamiento deben frotarse y enjuagarse con una solución estéril de lentes de contacto, nunca usar agua del grifo.
- Reemplazar el estuche de almacenamiento al menos una vez cada tres meses.

24 de septiembre de 2017 – Fuente: *Journal of Virus Eradication*

Solo un puñado de países están en camino de alcanzar la meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de eliminar la hepatitis C como amenaza para la salud pública para el año 2030. Se ha realizado una estimación del progreso alcanzado hacia la eliminación analizando los datos disponibles sobre las tasas de curación de la enfermedad con el uso de antivirales de acción directa (DAA), de muertes asociadas a la hepatitis C y de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C (VHC). El análisis reveló que solo se ha conseguido una disminución de 0,71% en la prevalencia del VHC en los 91 países incluidos en el estudio y solo una reducción de 0,4% en la prevalencia mundial de la hepatitis C.

En el objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se hace un llamamiento a “combatir la hepatitis” y en 2014, la Asamblea Mundial de la Salud, en la resolución WHA67.6, pidió que la OMS estudiara la viabilidad de la eliminación de las hepatitis virales. Los modelos y análisis realizados por la OMS apuntan a que el esfuerzo por combatir las hepatitis virales, en concreto la hepatitis B y la hepatitis C, podría lograr su eliminación como amenaza para la salud pública cuando se alcancen cinco metas sinérgicas de prestación de servicios en la prevención y el tratamiento. La OMS ha definido la eliminación de la hepatitis C como amenaza de salud pública en 2030 del siguiente modo: una reducción de 90% en las nuevas infecciones, una reducción de 65% en la mortalidad asociada al VHC y una tasa de tratamiento de 80%.

Esta estrategia sería potencialmente alcanzable con el uso de regímenes de tratamiento basados en DAA que tienen una elevada efectividad (superior a 90%) y un buen perfil de tolerabilidad. Es bien sabido que incrementar las tasas de tratamiento del VHC puede disminuir las tasas de nuevas infecciones, un enfoque conocido como tratamiento como prevención. Un buen ejemplo de ello es el caso de los Países Bajos, donde se puso en marcha una política de acceso sin restricciones a los DAA en 2015. Esta estrategia ha permitido una disminución de 51% en las nuevas infecciones en hombres que practican sexo con hombres (HSH), lo que constituye la primera disminución en las nuevas infecciones por el VHC observada en esta población durante más de una década.

Con el objetivo de estimar el progreso mundial hacia la consecución de las metas de la OMS para el año 2030, los investigadores examinaron los datos de 2016. En concreto, analizaron la tasa de curación neta, que proporciona la fotografía de lo bien que un país está abordando la epidemia de hepatitis C y que toma en consideración en su conjunto el número registrado de nuevas infecciones, de curaciones por el uso de tratamiento y de muertes asociadas al VHC. El análisis determinó que sería necesaria una tasa anual de curación neta de 7% para alcanzar la meta de la OMS de eliminar la hepatitis C como una amenaza para la salud pública para el año 2030.

De entre los 210 países en el mundo, solo 91 disponían de datos suficientes para poder ser incluidos en el análisis. Se estima que, en estos 91 países, 57,3 millones de personas tienen hepatitis C, que representan 81% de la carga de enfermedad a escala mundial. Sin embargo, solo ocho países de África Subsahariana se incluyeron en el estudio.

Por grandes áreas geográficas, se puede observar que la proporción de personas que fueron tratadas con regímenes basados en DAA en 2016 osciló entre 8% en América del Norte y África del Norte/Medio Oriente, y solo 0,1% en África Subsahariana. Las estimaciones de la tasa de personas tratadas con DAA por países individuales oscilaron entre 50% en Islandia y 0,0015% en Kenya.

Entre los países que tenían más de 1.000 personas con hepatitis C, la tasa más elevada de personas tratadas (16%) se registró en Australia. Un total de 10 países tuvieron una tasa de tratamiento superior a 7%, de los cuales ocho tenían una carga de enfermedad superior a 1.000 personas con hepatitis C. Cuatro de estos países están en Europa Occidental.

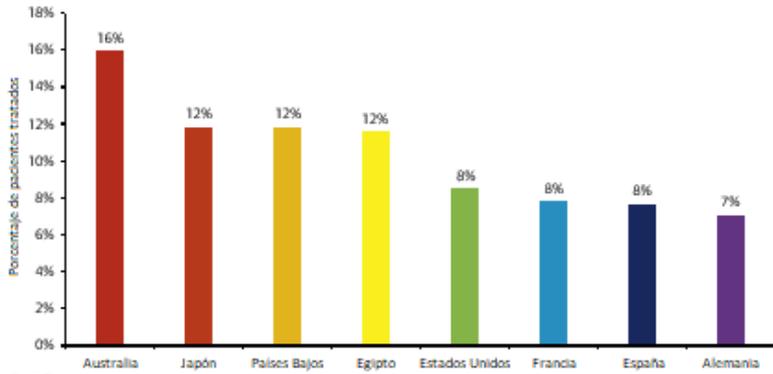


Gráfico 1. Países que trataron al mayor número de pacientes con hepatitis C en 2016.

en Rusia.

Por grandes regiones, las tasas de curación neta oscilaron entre 7% en América del Norte y 4,3% en Europa Central y del Este. Un total de diez países registraron cinco veces más curaciones de hepatitis C que nuevas infecciones por el VHC. En comparación, 23 países registraron cinco menos veces curaciones de hepatitis C que nuevas infecciones por el VHC. Entre estos 23 países se incluyeron ocho países de África Subsahariana, donde se registraron 34 veces más nuevas infecciones que curaciones de la hepatitis C. En total, 54 de los 91 países incluidos en el análisis registraron más nuevas infecciones por el VHC que curaciones.

En los 91 países analizados en su conjunto, se registró una disminución de 0,7% en el tamaño de la epidemia de hepatitis C en 2016. Cuando el análisis tuvo en cuenta los 109 países restantes cuyos datos epidemiológicos son incompletos, se obtuvo una disminución de solo 0,4% a escala mundial en el tamaño de la epidemia de hepatitis C. Y eso a pesar de que se invirtieron 56.000 millones de dólares en la compra de antivirales de acción directa frente al VHC desde su lanzamiento.

Los hallazgos tienen una serie de implicaciones importantes para las políticas de salud pública. Por ejemplo, el estudio pone de relieve que las tasas actuales de tratamiento continúan siendo insuficientes, por lo que se necesitará incrementar los esfuerzos para que los DAA sean más asequibles para los sistemas sanitarios públicos. Otra implicación es que se requiere dedicar más recursos a la prevención y el diagnóstico del VHC. Y, por último, los sistemas sanitarios de países de ingresos bajos y medios requieren una mayor inversión para que puedan hacer frente al seguimiento clínico intensivo que requiere el tratamiento de la hepatitis C con antivirales de acción directa.

Los precios sobredimensionados de los DAA suponen un obstáculo para el tratamiento en la mayoría de los países.⁷

Un total de 44 países registraron una tasa de tratamiento inferior a 1%, entre los que se incluyen ocho países de África Subsahariana.

La tasa de curación neta del total de los países incluidos en el análisis fue de 0,78%, registrándose una tasa de curación neta de 0,48% cuando se tuvieron en cuenta los datos de todos los países. Las tasas de curación neta variaron considerablemente por país y región. En Australia, por ejemplo, se registraron 29.160 curaciones, 830 muertes asociadas al VHC y 5.900 nuevas infecciones, es decir se produjeron 24.090 curaciones netas, lo que representa una disminución de 12% en el tamaño total de su epidemia. Las tasas de curación neta oscilaron entre 35% en Islandia y 5,6%

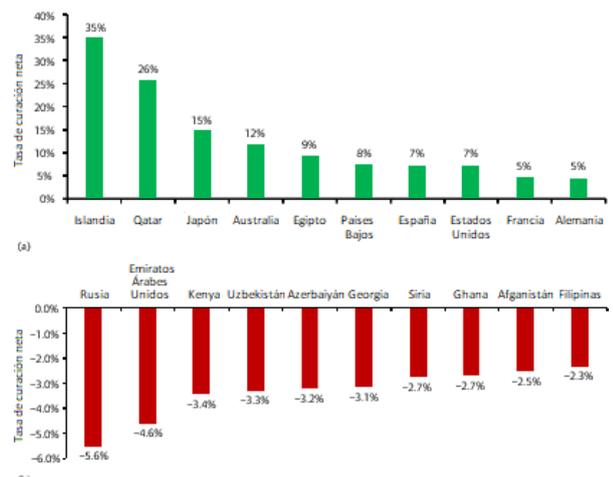


Gráfico 2. (a) Países que registran las tasas más elevadas de curación neta en 2016; (b): Países que registran las tasas más bajas de curación neta en 2016. Los valores negativos indican que los países están aumentando el tamaño de su epidemia.

PEDIATRICS Las reacciones graves a las vacunas rara vez se vuelven a producir

OFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

29 de agosto de 2017 – Fuente: *Pediatrics*

Cuando un niño tiene una reacción grave a una vacuna, las probabilidades de que vuelva a producirse son bajas. Una revisión de 29 estudios encontró que las reacciones graves a las vacunas rara vez, o nunca, se volvieron a producir cuando un niño recibió la misma vacuna de nuevo, o una con unos ingredientes parecidos. Esas reacciones incluyeron convulsiones y una respuesta alérgica potencialmente peligrosa llamada anafilaxia.

Las fiebres (un efecto secundario más habitual) volvieron a presentarse con más frecuencia. Pero normalmente eran más leves y más cortas la segunda vez.

Los hallazgos son otra evidencia más de que las vacunas infantiles son seguras.

Cualquier vacuna puede provocar efectos secundarios, pero generalmente son menores. Dolor en el brazo o una fiebre leve son algunos de los más habituales. Pero en raras ocasiones, los bebés y los niños pequeños pueden sufrir unos efectos secundarios más preocupantes, como una reacción alérgica grave o una fiebre lo suficientemente alta como para desencadenar una convulsión.

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

Cuando se producen estos problemas, los padres quieren saber si es probable que se produzcan de nuevo. Esa es una de las preguntas más habituales que hacen a los pediatras.

Aunque se han hecho estimaciones sobre la frecuencia con la que las reacciones a la vacuna se producen la primera vez, es más difícil conseguir cifras sobre la frecuencia con la que vuelven a producirse.

Por ejemplo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos estiman que las convulsiones afectan a uno de cada 14.000 niños que reciben la vacuna triple bacteriana acelular (DPTa), contra la difteria, el tétanos, y la tos convulsa.

La nueva revisión incluyó tres estudios de niños que habían sufrido una convulsión después de recibir la vacuna DPTa o varias otras vacunas rutinarias. Ninguno sufrió una recurrencia cuando volvió a vacunarse.

Para realizar el estudio, se analizaron 29 estudios realizados entre 1982 y 2016, con información sobre los efectos secundarios recurrentes de las vacunas, la mayoría de los cuales se centraron en niños.

Varios estudios hicieron un seguimiento a los niños y los adultos que habían tenido síntomas de alergia después de una vacunación, que variaron desde sarpullidos y síntomas oculares hasta la anafilaxia. Esta última es una reacción potencialmente letal que provoca problemas de respiración y una caída súbita de la presión arterial.

En general, 5% sufrió otra reacción alérgica después de que les volvieran a vacunar. Ningún paciente volvió a sufrir anafilaxia.

Es difícil saber por qué, pero una posibilidad es que la reacción alérgica inicial no se debiera a la vacuna en absoluto.

En el caso improbable de que un niño tenga una reacción más grave a una vacuna, parece que hay pocas probabilidades de que se produzca de nuevo.

Unos pocos estudios se centraron en los episodios hipotónico-hiporreactivos (EHH). Esta afección, que normalmente afecta a los niños pequeños, provoca que el cuerpo del niño se vuelva flojo y que la piel se vuelva pálida o azul.

La revisión encontró que casi de 400 niños que desarrollaron un EHH después de ser vacunados, solo tres (0,8%) tuvieron un episodio repetido la próxima vez que fueron vacunados.

El EHH se ha relacionado con unas pocas vacunas, pero se asocia más fuertemente con las vacunas con componente contra la tos convulsa. Se cree que estas vacunas contra la tos convulsa que se usa ahora conlleva un riesgo de EHH más bajo.

Las fiebres vuelven a producirse con más frecuencia, según la revisión. Un estudio, por ejemplo, se centró en los bebés y en los niños pequeños que habían desarrollado una fiebre después de vacunarse contra la influenza. Un poco más de la mitad presentó la misma reacción la siguiente vez.

Pero los padres normalmente pueden controlar las fiebres y otras reacciones leves.

Los problemas como las convulsiones y los EHH son otra historia. Ninguno de ellos tiene consecuencias a largo plazo, pero los padres se asustan cuando los ven. Esas reacciones son escalofrantes, y las más leves, como la fiebre, no son agradables.

La vacuna nunca está exenta de riesgos. Pero esos pequeños riesgos deben sopesarse con respecto al beneficio de proteger a los niños de enfermedades como el sarampión, la tos convulsa, la parotiditis y la influenza.⁸

⁸ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



American Lung Association (1986. New York, 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.