



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

www.reporteepidemiologicocordoba.com

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

2.013

2 de febrero de 2018

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)

Córdoba

- En 2017 disminuyeron los casos de síndrome urémico hemolítico

Argentina

- Vigilancia de diarrea aguda
- Buenos Aires: Por primera vez en cuatro años no hubo focos de carbunco bovino

América

- Actualización epidemiológica sobre la situación de la malaria en la Región
- Bolivia: Reportan el cuarto caso humano de muerte por rabia en lo que va del año
- Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla
- Ecuador: Ascenden a 40 los fallecidos por influenza A(H1N1)

- Estados Unidos:

El adenovirus complica la temporada de influenza

- México: Revelan la posible causa de una epidemia a principios del periodo colonial

- Paraguay exige certificado de vacuna contra la fiebre amarilla para los viajes a Brasil

- Uruguay, Canelones: Confirman una muerte por hantavirosis

El mundo

- Francia: La leche para bebés que produce Lactalis podría haber estado contaminada desde hace años

- Namibia confirma su primer caso de cólera tras el brote detectado en la vecina Zambia

- A 35 años de identificar al VIH como causa del sida, aún hay estigmatización e ignorancia

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

CIRCULO MÉDICO DE CÓRDOBA

www.circulomedicocba.org/

CMPC 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/

En 2017 disminuyeron los casos de síndrome urémico hemolítico

25 de enero de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una enfermedad causada por la bacteria *Escherichia coli*, que afecta principalmente a niños, pero también puede presentarse en adultos mayores y personas que tienen bajas las defensas debido a otras enfermedades. En algunos casos, puede dejar secuelas permanentes o incluso provocar la muerte.

En la provincia de Córdoba, durante 2017, disminuyó la cantidad de casos con respecto al año anterior: fueron 35, mientras que en 2016 habían sido 51. El 78% de los casos notificados correspondió a niños menores de 5 años. El 44% (16) residían en la ciudad de Córdoba y el resto estuvieron distribuidos en localidades del interior.

“Pese a esta disminución, es fundamental sostener y reforzar las medidas de prevención, ya que Argentina sigue presentando la mayor tasa de incidencia mundial de esta enfermedad en niños menores de 5 años y puede dejar secuelas muy graves”, aclaró Laura Raquel López, del programa de Zoonosis.

Según el Ministerio de Salud de Argentina, el SUH es la principal causa pediátrica de insuficiencia renal aguda y la segunda de insuficiencia renal crónica, y es responsable de 20% de los trasplantes de riñón en niños y adolescentes.

En Córdoba, 81% de las personas diagnosticadas durante 2017 debieron recibir tratamientos invasivos, como diálisis y transfusiones de sangre; aunque no se reportaron fallecimientos por esta causa. La mayor cantidad de casos se reporta durante los meses de calor, aunque pueden suceder durante todo el año.

La enfermedad comienza con diarrea, con o sin sangre, dolor abdominal y vómitos. Otros síntomas de alarma son palidez, disminución en la eliminación de orina, decaimiento o irritabilidad, y en los bebés y niños pequeños, el rechazo al alimento. Ante cualquiera de estos signos, es fundamental consultar con un médico.

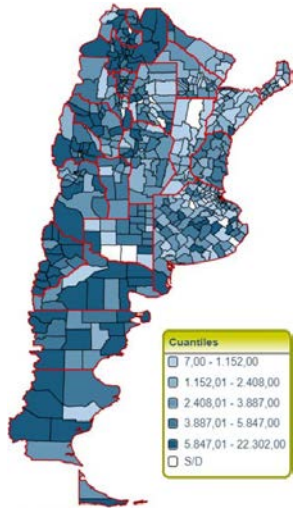
**Vigilancia de diarrea aguda**

29 de enero de 2018 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2017, hasta semana epidemiológica 51. 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	41.765	1.367,43	36.083	1.179,52	36.048	1.176,61
Buenos Aires	249.499	1.497,60	200.861	1.192,68	187.913	1.104,07
Córdoba	106.748	2.992,11	94.549	2.621,60	80.592	2.210,83
Entre Ríos	49.678	3.759,45	47.013	3.522,92	51.888	3.850,66
Santa Fe	62.048	1.826,27	53.936	1.574,47	37.887	1.097,01
Centro	509.738	1.820,44	432.442	1.529,85	394.328	1.382,14
Mendoza	70.782	3.753,92	70.674	3.705,94	67.076	3.478,50
San Juan	30.851	4.174,93	26.997	3.611,70	21.093	2.790,10
San Luis	20.179	4.236,16	17.455	3.615,40	18.898	3.862,84
Cuyo	121.812	3.928,33	115.126	3.669,55	107.067	3.373,76
Corrientes	20.465	1.912,11	19.781	1.830,46	18.648	1.709,35
Chaco	34.193	2.990,99	32.868	2.843,93	28.419	2.432,79
Formosa	16.409	2.832,80	13.312	2.277,06	11.310	1.917,22
Misiones	21.239	1.785,62	16.899	1.403,36	19.845	1.628,28
NEA	92.306	2.317,98	82.860	2.058,54	78.222	1.922,96
Catamarca	17.443	4.394,87	12.394	3.093,26	15.975	3.949,97
Jujuy	49.816	6.844,93	50.899	6.910,54	41.453	5.562,28
La Rioja	16.396	4.458,73	15.812	4.240,52	15.012	3.970,93
Salta	104.944	7.870,61	101.165	7.483,29	90.611	6.612,58
Santiago del Estero	44.487	4.793,36	38.932	4.150,05	33.838	3.568,76
Tucumán	88.353	5.546,75	84.139	5.214,77	74.253	4.544,27
NOA	321.439	6.011,87	303.341	5.603,35	271.142	4.947,69
Chubut	24.120	4.254,55	23.170	4.012,36	21.034	3.577,48
La Pampa	9.867	2.876,21	12.654	3.655,21	14.169	4.056,41
Neuquén	31.209	5.035,78	30.995	4.928,47	30.129	4.723,06
Río Negro	31.039	4.441,29	30.704	4.331,83	28.797	4.007,12
Santa Cruz	12.415	3.874,01	11.768	3.571,48	11.201	3.308,60
Tierra del Fuego	10.128	6.649,29	9.099	5.813,72	8.594	5.347,19
Sur	118.778	4.396,93	118.390	4.309,23	113.924	4.078,80
Total Argentina	1.164.073	2.698,86	1.052.159	2.413,74	964.683	2.190,23

Tabla 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2015/2017, hasta semana epidemiológica 51.



Mapa 1. Tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según departamento. Argentina. Año 2017, hasta semana epidemiológica 51.

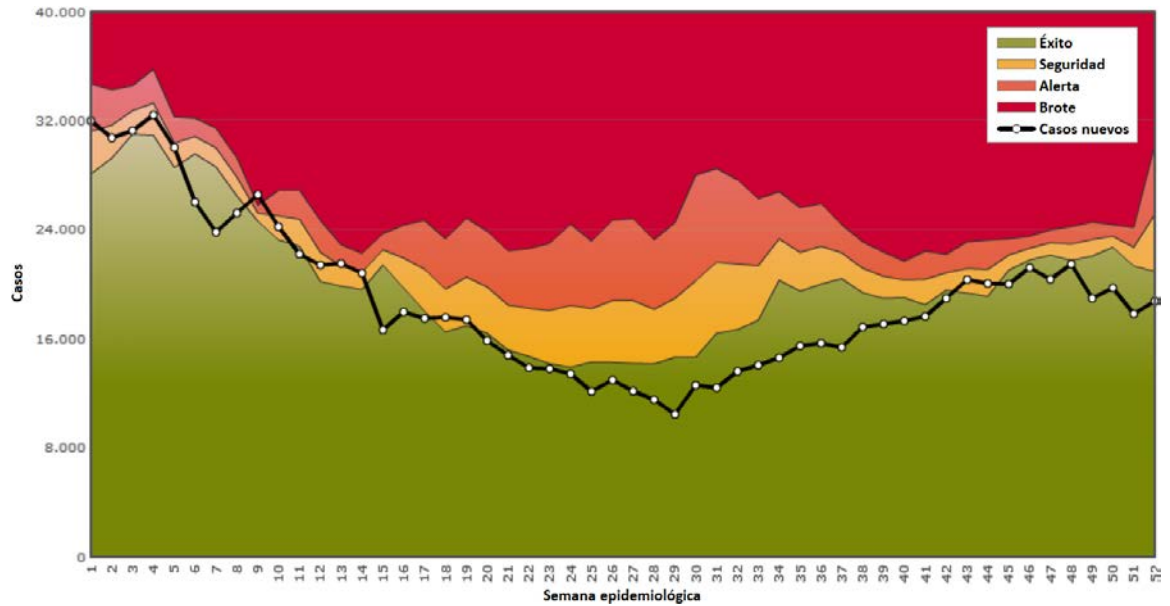


Gráfico 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2017, en base a datos de los años 2012/2016.

LA NACION **Buenos Aires: Por primera vez en cuatro años no hubo focos de carbunco bovino** 7 de enero de 2018 – Fuente: La Nación (Argentina)

El Ministerio de Agroindustria de la provincia de Buenos Aires informó que 2017 fue el primer año en el que no se registraron focos de carbunco bovino desde 2013.

“Fueron esenciales las campañas promovidas por esta cartera para concientizar sobre la obligatoriedad de la vacunación”, dijo Leonardo Sarquís, ministro de Agroindustria.

El funcionario aseguró que “todo lo que tenga que ver con los controles sanitarios de animales, vegetales y de los agroalimentos es prioridad en la Provincia. La vacunación contra el carbunco es obligatoria porque previene una enfermedad que afecta a las personas y además contribuye a la mejora de la calidad de la carne vacuna”.

El Ministerio de Agroindustria bonaerense exhortó a los productores a aplicar la vacunación contra esta enfermedad, destacando que sólo unos pocos cumplieron con la totalidad, que es obligatoria. Se puede vacunar de mayo a diciembre con un veterinario o los vacunadores de las fundaciones que certifican el trámite.

Los primeros informes indican que casi 8 millones de cabezas fueron vacunadas y sólo algunos municipios cumplieron la totalidad del requerimiento.

Según informó la cartera, durante la última reunión de la Comisión Provincial de Sanidad Animal (COPROSA), se señaló la necesidad de restringir los movimientos de quienes no hayan registrado la vacunación contra el carbunco bovino, conforme a la Ley 6.703 y su decreto reglamentario.

También se aclaró que los *feed lots* inscriptos en el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) no deben cumplir con la norma debido a lo improbable que resulta la ingesta de esporas de *Bacillus anthracis*.



América



Actualización epidemiológica sobre la situación de la malaria en la Región

30 de enero de 2018 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Después de un descenso sostenido en el número de casos de malaria desde 2005 hasta 2014 en la Región de las Américas, se observó un aumento entre 2015, 2016, y 2017. En 2016, nueve países de la Región (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y Venezuela) notificaron un aumento de casos de malaria.

En 2017, cinco países notificaron un incremento de casos: Brasil, Ecuador, México, Nicaragua y Venezuela. Adicionalmente, Cuba y Costa Rica notificaron casos autóctonos y Honduras registró casos de malaria en un área donde no se habían detectado casos recientemente.

Brasil: El Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), notificó que se registraron 174.522 casos de malaria entre enero y noviembre de 2017 en la región amazónica, lo que representa un incremento con respecto al mismo periodo de 2016, cuando se notificaron 117.832 casos. En 2017, los mismos estados, con excepción de Mato Grosso, presentaron un aumento de casos comparado con 2016 (ver Tabla 2). Los estados que

más contribuyeron con casos fueron Amazonas, Pará y Acre. En 2017, de los casos notificados en la región Amazónica, 10% (17.411 casos) corresponden a malaria por *Plasmodium falciparum* e infecciones mixtas, cifra superior a lo notificado en los mismos periodos de 2015 (14.084) y 2016 (12.366).

Costa Rica: El Ministerio de Salud notificó un acumulado de 12 casos autóctonos de malaria en 2017, distribuidos en los cantones de San Carlos (6 casos), Matina (3 casos) y Sarapiquí (3 casos). Esto representa un incremento con respecto a 2016, cuando se notificaron cuatro casos autóctonos. La detección de casos en estas localidades evidencia el riesgo del re-establecimiento de la transmisión en áreas donde persisten las condiciones ecológicas que la favorecen.

Ecuador: Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 52 de 2017 se notificaron 1.279 casos de malaria, de los cuales 72% correspondieron a *P. vivax* y 28% a *P. falciparum*. El número de casos notificados en 2017 es superior a lo notificado en 2016 (926). Las cuatro provincias con mayor número de casos durante 2017 fueron Morona Santiago (489), seguida de Orellana (240), Pastaza (223), y Esmeraldas (215).

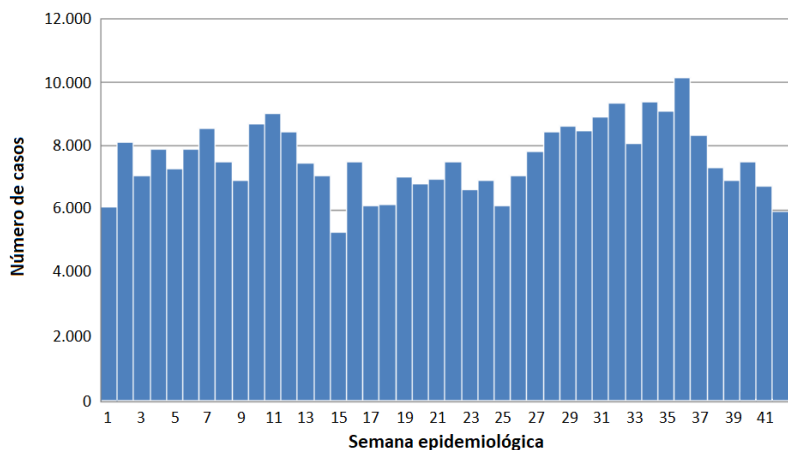


Gráfico 2. Casos notificados de malaria, según semana epidemiológica. Venezuela. Año 2017, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Venezuela.

representa un incremento con respecto a los 514 casos notificados en el mismo periodo de 2016. El incremento se observó especialmente en los estados de Chiapas, Chihuahua y Tabasco, y se destaca la ocurrencia de casos en territorios sin transmisión reciente (San Luis Potosí).

Nicaragua: Entre la SE 1 y la SE 52 de 2017, se notificaron 10.846 casos de malaria, lo que representa un aumento con respecto al mismo periodo de 2016 cuando se notificaron 6.209 casos. La mayoría de los casos se han presentado en la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte.

Venezuela: El 27 de noviembre de 2017 el Centro Nacional de Enlace para el RSI notificó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) que entre las SE 1 y 42 de 2017 se notificaron 319.765 casos de malaria (Figura 1), lo que representó un aumento con respecto al número de casos acumulados notificados en 2016 (240.613 casos).

El 77% del total de casos notificados en 2017 fue debido a *P. vivax*, 17% a *P. falciparum*, 6% a infecciones mixtas y menos de 1% a *P. malariae*.

El número de casos notificados durante 2017 fue muy superior a la media anual registrada en los últimos 29 años (1988-2016).

Los tres estados con mayor número de casos confirmados durante 2017 fueron Bolívar (205.215), seguido de Amazonas (52.471) y Sucre (45.622). La mayoría de municipios de estos tres estados están caracterizados como de riesgo muy alto y alto de transmisión de malaria, según el índice parasitario anual (IPA). El riesgo de malaria es muy alto en personas de entre 20 a 39 años en quienes se concentra casi la mitad de todos los casos (47%), lo cual muestra el riesgo de transmisión relacionado con actividades económicas en donde se ha detectado la transmisión. El 64% (203.956) de los casos confirmados pertenece al sexo masculino. En todos los grupos de edad, la notificación fue mayor en el sexo masculino que en el femenino (ver Gráfico 3).

Estado federativo	2016	2017	Diferencia (%)
Acre	31.297	32.463	3,73
Amazonas	45.611	74.423	63,17
Amapá	11.348	13.931	22,76
Maranhão	700	888	26,86
Mato Grosso	495	476	-3,84
Pará	13.235	33.122	150,26
Rondônia	6.817	7.182	5,35
Roraima	8.307	11.966	44,05
Tocantins	22	71	222,73
Total	117.832	174.522	48,11

Tabla 2. Casos notificados, según estado federativo. Brasil, Región Amazónica. Años 2016 y 2017, de enero a noviembre. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil.

Honduras: El 30 de agosto de 2017 el Centro Nacional de Enlace para el RSI de Honduras, notificó los primeros casos autóctonos de malaria por *P. vivax* en la aldea La Charamusca, municipio de Esquías, departamento de Comayagua. Se notificaron 34 casos confirmados con fecha de inicio de síntomas entre las SE 27 y 37 de 2017. En la investigación del brote se reportó la presencia de *Anopheles pseudopunctipennis* como vector que podría estar involucrado en la transmisión. El bajo número de casos registrados en el departamento de Comayagua en los últimos cinco años y la ausencia de transmisión por varios años en la localidad afectada, destaca la importancia de mantener las capacidades de vigilancia y respuesta en áreas donde se ha interrumpido la transmisión.

México: La Secretaría de Salud notificó 704 casos de malaria desde la SE 1 a la SE 50 de 2017, lo que

representa un incremento con respecto a los 514 casos notificados en el mismo periodo de 2016. El incremento se observó especialmente en los estados de Chiapas, Chihuahua y Tabasco, y se destaca la ocurrencia de casos en territorios sin transmisión reciente (San Luis Potosí).

Nicaragua: Entre la SE 1 y la SE 52 de 2017, se notificaron 10.846 casos de malaria, lo que representa un aumento con respecto al mismo periodo de 2016 cuando se notificaron 6.209 casos. La mayoría de los casos se han presentado en la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte.

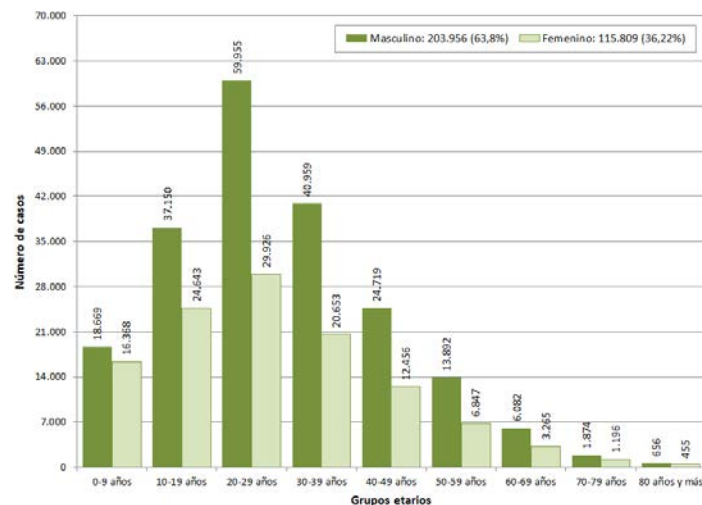


Gráfico 3. Casos de malaria, según grupos etarios y sexo. Venezuela. Año 2017, hasta semana epidemiológica 42. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Venezuela.

Recomendaciones

Al inicio de 2017, la OPS/OMS había alertado a los Estados Miembros sobre el riesgo de ocurrencia de brotes, aumento de casos y defunciones en áreas endémicas, así como el posible re-establecimiento de la enfermedad en áreas en las que se había interrumpido la transmisión. Se enfatizó que los logros alcanzados hacia la eliminación de la enfermedad en la Región podrían verse comprometidos si no se mantenían o fortalecían las acciones de vigilancia y control de la enfermedad.

Si bien los Estados Miembros realizaron esfuerzos en respuesta a dicha alerta, el incremento de casos durante 2017 denota la persistencia de los condicionantes y brechas en la respuesta. Por ello, la OPS/OMS insta a fortalecer las acciones de vigilancia y control de la enfermedad, en especial las medidas relacionadas con la detección temprana de casos, el diagnóstico oportuno y el inicio inmediato del tratamiento. La acción principal para controlar la transmisión de la malaria es reducir las demoras entre el inicio de los síntomas y el tratamiento del caso, así como emprender acciones oportunas de investigación-respuesta.

La OPS/OMS recomienda que en las áreas conocidas de transmisión, los servicios de salud intensifiquen la vigilancia y mejoren la cobertura del diagnóstico de casos en las unidades de atención. También sugiere que se coloque el diagnóstico y el tratamiento completo con antimaláricos más cerca a las comunidades en riesgo. En áreas endémicas con transmisión activa, el análisis periódico de los datos debe permitir identificar conglomerados de casos y poblaciones en riesgo para dirigir esfuerzos de búsqueda activa y mejorar la oferta de diagnóstico y tratamiento.

En las áreas con baja transmisión, la ocurrencia de nuevos casos debe desencadenar la investigación epidemiológica de cada caso, con el fin de caracterizar su condición de importado, introducido o autóctono. Es indispensable que la investigación se realice a pocos días del diagnóstico de cada caso detectado para orientar una respuesta dirigida a interrumpir o evitar el re-establecimiento de la transmisión. En este contexto, la búsqueda "reactiva", que se refiere a la toma de muestras de sangre en personas relacionadas con el caso diagnosticado, o con el conglomerado de casos, resulta una medida esencial en la respuesta.

La OPS/OMS insta a los Estados Miembros a garantizar la calidad del diagnóstico parasitológico y evitar el desabastecimiento de medicamentos. La gestión de antimaláricos y las políticas de manejo de casos deben contemplar la disponibilidad permanente de medicamentos y entrenamiento del personal para el tratamiento de la malaria (incluyendo los casos graves).

Los países de Centroamérica, la Hispaniola o territorios libres de malaria del Caribe deben considerar el riesgo de importación de casos de *P. falciparum* resistentes a la cloroquina procedentes de las áreas endémicas en Sudamérica y otros continentes.

Las intervenciones de control vectorial deben complementar a las acciones de detección y tratamiento de casos. El rociado residual intradomiciliario (RRI) y el uso masivo de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración (MTILD), constituyen las intervenciones claves en el control de vectores de malaria. Se considera que las medidas que afectan principalmente la sobrevivencia de los mosquitos (RRI y MTILD) tienen un mayor impacto en la interrupción de la transmisión que aquellas acciones que buscan reducir la densidad vectorial, como el control larvario y la aplicación espacial de insecticidas. El control larvario en malaria es eficaz en situaciones donde los criaderos de mosquitos son pocos, permanentes o semipermanentes, son de fácil acceso geográfico y donde la densidad de la población humana es suficiente como para justificar los recursos que son necesarios para esta intervención. Las aplicaciones espaciales de insecticidas no son recomendadas actualmente debido a su limitado efecto en el control de la malaria.

El control de la malaria en focos activos y la prevención de la diseminación de la enfermedad, requieren una vigilancia epidemiológica proactiva sobre los factores determinantes y fenómenos sociales que están condicionando la transmisión (movimientos de poblaciones por actividades económicas, emprendimientos agrícolas o áreas de minería). También se requiere la movilización de otros actores en intervenciones adaptadas al contexto de las poblaciones afectadas.

La OPS/OMS urge a los programas nacionales de malaria y a las instancias que en los Ministerios de Salud coordinan la vigilancia, la atención en salud a las comunidades en riesgo y el abordaje de las barreras que a nivel local pueden estar determinando las demoras en la detección, el tratamiento y el seguimiento de casos. La reducción de la carga de la enfermedad y del riesgo de transmisión a nivel nacional dependen del control de la malaria en los focos principales.

La OPS/OMS enfatiza sobre la necesidad de que los Estados Miembros continúen los esfuerzos para lograr las metas del *Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria 2016-2020* relacionadas a la interrupción de la transmisión local, reducción de la incidencia de casos y mortalidad asociada.¹



Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla

30 de enero de 2018 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

El Ministerio de Salud de Brasil actualizó el 30 de enero la información sobre la situación de la fiebre amarilla en el país. Desde el año pasado, los informes de fiebre amarilla siguen la estacionalidad de la enfermedad, que ocurre, mayormente, en el verano. Por lo tanto, el período analizado desde entonces es del 1 de julio al 30 de junio de cada año. En el período de monitoreo (del 1 de julio de 2017 al 30 de enero de 2018), se confirmaron 213 casos de fiebre amarilla en el país, 81 de los cuales fueron fatales. En total, se notificaron 1.080 casos sospechosos, de los que 435 permanecen en investigación y 432 fueron descartados.

¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Entre julio de 2016 y el 30 de enero de 2017, se habían confirmado 468 y 147 muertes.

Campaña

La campaña de fraccionamiento de la vacuna contra la fiebre amarilla comenzó el 25 de enero en los estados de São Paulo y Rio de Janeiro. Se adoptó la anticipación debido a que el Ministerio de Salud ya envió, a ambos estados, los insumos que serán utilizados en las campañas. La campaña de vacunación en el estado de Bahia comenzará el 19 de febrero.

Para ayudar a los estados y municipios en la realización de la campaña, el Ministerio de Salud entregará a los estados 17 millones de dólares. De ese total, ya se enviaron 5 millones a São Paulo; 9,4 millones a Rio de Janeiro, y está en trámite el decreto que autorizará el envío de 2,6 millones de dólares a Bahia.

La adopción del fraccionamiento de las vacunas es una medida preventiva y recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando hay un aumento intenso de epizootias y casos de fiebre amarilla silvestre, con riesgo de expansión de la enfermedad en ciudades con elevado índice poblacional. La dosis fraccionada brinda la misma protección que la dosis estándar. Los estudios en curso ya han demostrado la protección por al menos ocho años, y nuevas investigaciones continuarán evaluando la protección posterior a ese período.

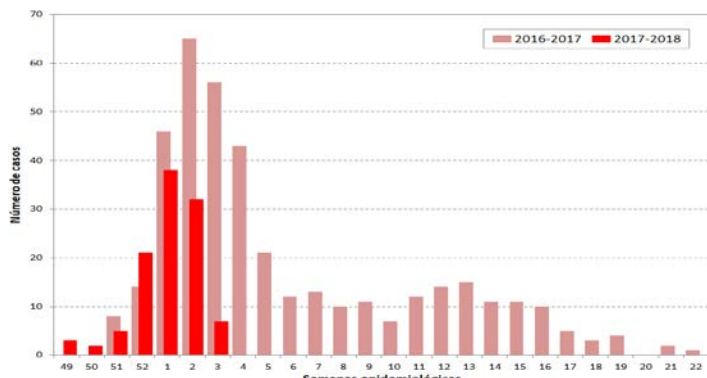


Gráfico 4. Casos confirmados, según semana epidemiológica. Brasil. Semanas epidemiológicas 49/2016 a 22/2017, y 49/2017 a 3/2018. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

Unidad Federativa/Región	Casos				Muertes	Tasa de letalidad (%)
	Notificados	Descartados	En Investigación	Confirmados		
Amapá	2	2	—	—	—	—
Amazonas	4	2	2	—	—	—
Pará	23	13	10	—	—	—
Rondônia	5	5	—	—	—	—
Roraima	2	2	—	—	—	—
Tocantins	9	6	3	—	—	—
Norte	45	30	15	—	—	—
Bahia	15	7	8	—	—	—
Ceará	1	1	—	—	—	—
Maranhão	1	1	—	—	—	—
Pernambuco	1	—	1	—	—	—
Piauí	3	1	2	—	—	—
Rio Grande do Norte	1	1	—	—	—	—
Nordeste	22	11	11	—	—	—
Distrito Federal	27	18	8	1	1	100,00
Goiás	26	16	10	—	—	—
Mato Grosso	1	—	1	—	—	—
Mato Grosso do Sul	5	3	2	—	—	—
Centro-Oeste	59	37	21	1	1	100,00
Espírito Santo	66	44	22	—	—	—
Minas Gerais	244	71	96	77	30	38,96
Rio de Janeiro	34	3	4	27	7	25,93
São Paulo	573	216	249	108	43	39,81
Sudeste	917	334	371	212	80	37,74
Paraná	18	14	4	—	—	—
Rio Grande do Sul	11	4	7	—	—	—
Santa Catarina	8	2	6	—	—	—
Sur	37	20	17	—	—	—
Total	1.080	432	435	213	81	38,03

Tabla 4. Casos humanos notificados, según región, unidad federativa y clasificación. Brasil. Del 1 de julio de 2017 al 30 de enero de 2018. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

El Ministerio de Salud, en el año 2017 y hasta el momento, envió a todas las Unidades Federadas aproximadamente 58,9 millones de dosis de la vacuna. Para los estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo y Bahia fueron enviados cerca de 49,8 millones de dosis de la vacuna, con el objetivo de intensificar las estrategias de vacunación de manera selectiva: 19,7 millones a São Paulo, 10,7 millones a Minas Gerais, 12 millones a Rio de Janeiro, 3,7 millones a Espírito Santo y 3,7 millones a Bahia.

Es importante informar que la fiebre amarilla es transmitida por un vector (mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes* en el ambiente silvestre). El último caso de fiebre amarilla urbana fue registrado en Brasil en 1942, y todos los casos confirmados desde entonces transcurren en el ciclo silvestre de transmisión.

Los Tiempos

Bolivia: Reportan el cuarto caso humano de muerte por rabia en lo que va del año

1 de febrero de 2018 – Fuente: Los Tiempos (Bolivia)

Autoridades sanitarias confirmaron la muerte de un niño de ocho años por rabia humana en Santa Cruz, lo que significa el cuarto deceso por este mal en Bolivia en lo que va de 2018.

El director del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Santa Cruz, Joaquín Antonio Monasterio Pinckert, confirmó el fallecimiento del menor y señaló que es el segundo caso en la región oriental del país.

“Hemos recibido la información de laboratorio y ha dado positivo a la biopsia que se ha realizado a este niño que falleció en el Hospital del Niño y que fue mordido por un perro de un vecino hace cuatro meses y no se tomó ninguna medida de control posterior por parte de la familia”, informó.

La autoridad explicó que el menor fue internado hace una semana en el Hospital del Niño de la ciudad de Santa Cruz.

Éste es el cuarto caso de rabia humana que se presenta en el país en el primer mes del año. El primero se reportó en el departamento de Santa Cruz, el segundo importado de Potosí se registró en Cochabamba y el tercero en el municipio de El Alto.



Campaña de vacunación contra la rabia canina.

En septiembre de 2017, el Ministerio de Salud declaró "Alerta Nacional Sanitaria", ante el elevado número de casos de rabia canina, por lo que se apostó a mayores actividades de prevención.

Las autoridades sanitarias han solicitado que se promuevan medidas preventivas por parte de los dueños de los canes, y lamentaron la proliferación de perros callejeros. También se anunciaron campañas de vacunación.

Realizan campañas en el Departamento

En Cochabamba los municipios de Sacaba, Cercado y Quillacollo realizan diferentes campañas de prevención para evitar el incremento de casos de rabia canina.

Según datos del SEDES de Cochabamba, cada mes se reciben más de 400 denuncias de personas que fueron mordidas por canes.

En 2017, en Cochabamba se registraron 70 casos de rabia canina y una muerte por rabia humana. Un total de 11.171 personas fueron mordidas, de las cuales 50% recibió tratamiento para rabia humana.



Ecuador: Ascenden a 40 los fallecidos por influenza A(H1N1)

30 de enero de 2018 – Fuente: EFE

Un total de 40 personas han fallecido en Ecuador por el virus A(H1N1) de la influenza, y otras tres personas por el A(H3N2), informó hoy el Ministerio de Salud, que elevó a 716 los casos de esta enfermedad notificados desde el 19 de noviembre.

Veintiuno de los fallecidos se registraron en la provincia de Pichincha, cuya capital es Quito, seguida de Tungurahua (7) y de Imbabura y Pastaza, con tres cada una.

Según el Ministerio, en cada una de las provincias de Chimborazo, Cotopaxi y Carchi, se produjeron dos decesos a causa de la enfermedad, mientras que en las de Cañar, Guayas y El Oro, se reportó un fallecido, respectivamente.

De acuerdo a los datos oficiales, 528 de los 716 casos de afectados por influenza se dieron en Pichincha.

Del total de casos de influenza, 642 corresponden al virus A(H1N1), 64 al A(H3N2) y por influenza B, se reportaron diez.

El viceministro de Gobernanza y Vigilancia de Salud Pública, Carlos Durán Salinas, dijo que Ecuador ha invertido 10 millones de dólares en la adquisición de 3,9 millones de dosis de vacunas contra la influenza.

La campaña de vacunación es gratuita en el país andino y tiene como foco a grupos prioritarios entre los que figuran menores de 5 años, mujeres embarazadas, mayores de 65 años y aquellos que padecen alguna enfermedad crónica, además del personal sanitario.

El 24 de enero, Durán había asegurado que Ecuador "vive un brote epidémico propio de la temporada de invierno" y formuló un llamamiento a la ciudadanía "a no bajar la guardia", y a que acuda a los centros de salud en caso de que aparezca algún síntoma.



Estados Unidos: El adenovirus complica la temporada de influenza

29 de enero de 2018 – Fuente: *Emerging Infectious Diseases*

Parece influenza. Se siente como la influenza. Incluso manda a pacientes al hospital como la influenza.

Hay otro virus que podría estar aumentando los problemas de salud esta temporada, pero que a menudo no es identificado.

Se trata del adenovirus, y puede causar síntomas muy graves similares a la influenza. Es tan peligroso que el ejército de Estados Unidos vacuna a sus reclutas contra dos cepas principales.

Pero la mayoría de la población no está vacunada contra el adenovirus, y los consultorios médicos no hacen pruebas para detectarlo.

A menos que se lo busque, o se sospeche que está circulando, o se estén usando pruebas de diagnóstico que puedan diferenciarlo, no se lo detecta, especialmente durante la temporada de influenza. Pero se están observando infecciones graves en adultos.

Eso es un gran problema, especialmente para una enfermedad prevenible por vacuna. Pero se trata de una vacuna que no tiene licencia para ser utilizada en civiles.

Las infecciones por adenovirus a menudo se parecen al resfrío común o la influenza. Causan fiebre, dolor de cabeza, dolores corporales y, a veces, pero no siempre, tos, malestar estomacal y problemas para respirar. Algunas cepas –hay 52 variedades diferentes– causan infecciones oculares.

El estudio analizó los detalles de las infecciones por adenovirus entre 2011 y 2015 en las universidades, en hogares de ancianos y en otros lugares.

Sobre la base de la gravedad de la presentación clínica de algunos casos en este estudio, la vacuna actualmente autorizada para uso militar debe considerarse un recurso potencialmente valioso para prevenir enfermedades en



poblaciones susceptibles que viven en comunidades cerradas, como los entornos universitarios, campamentos de verano e instalaciones de cuidado a largo plazo.

Un brote de adenovirus mató a 10 personas en 2007. El estudio evaluó a estudiantes universitarios en un campus durante la severa epidemia de influenza 2014-2015 y descubrió que 13 de los 168 estudiantes que ingresaron para recibir tratamiento contra la influenza tenían infecciones por adenovirus.

La mayoría de los pacientes pueden no sufrir mucho, pero el virus puede causar complicaciones muy graves. Una mujer de 43 años de Rochester, New York, previamente sana, se infectó en 2012 y rápidamente desarrolló neumonía e insuficiencia respiratoria. Durante su estadía en el hospital, sufrió una inflamación y sangrado en el cerebro y permaneció conectada a un respirador durante más de una hora. Un año después, todavía estaba sin aliento si se esforzaba.

Un hombre de Connecticut de 26 años infectado en 2011 sufrió náuseas, vómitos y escalofríos. Pasó días en el hospital con una infección por adenovirus.

También ha habido brotes en instalaciones de cuidado a largo plazo. Pero la mayoría de las clínicas no realizan pruebas de adenovirus a menos que las personas sean hospitalizadas con una enfermedad grave a la que no ayuda el tratamiento inmediato.

Estos reportes probablemente sean solo la punta del iceberg. Es necesaria más vigilancia.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades mantienen un registro de casos reportados de adenovirus. Los brotes son más comunes a fines del invierno, primavera y principios del verano, pero pueden ocurrir a durante todo el año.

Se presentaron tantos brotes entre los nuevos reclutas militares, que el Departamento de Defensa vacunó al personal contra dos de las cepas más graves con una vacuna oral. La vacunación se suspendió durante algunos años en 1999 y los brotes aumentaron nuevamente, pero no ha habido muchos desde que la vacuna se reintrodujo en 2011.

Se trata de una enfermedad prevenible por vacuna. Sin embargo, en Estados Unidos eso requiere captar el interés de una empresa que podría querer desarrollar esta vacuna comercialmente. Pero todo se reduce a la percepción del mercado.

El adenovirus no es tan letal como la influenza. La influenza mata entre 12.000 y 50.000 personas al año solo en Estados Unidos, y envía hasta 700.000 al hospital. Un cóctel de otros virus, desde coronavirus hasta rinovirus, también causa problemas durante la temporada.

Pero este estudio muestra que el adenovirus puede ser una parte importante de este cóctel.

Al igual que para muchos virus, no existe un buen tratamiento para los adenovirus, aunque el cidofovir antiviral ha ayudado a algunas personas con infecciones graves.

Y los adenovirus son muy difíciles de eliminar. Los informes indican que pueden sobrevivir en superficies de plástico y metal, como encimeras y mesas de hospital, durante un mes. Algunas fórmulas de alcohol y clorhexidina no los matan fácilmente, aunque el cloro sí.²

nature

México: Revelan la posible causa de una epidemia a principios del periodo colonial

15 de enero de 2018 – Fuente: *Nature*

Aunque se sabe que las poblaciones indígenas de América padecieron índices de mortalidad elevados durante los primeros contactos del periodo colonial a causa de enfermedades infecciosas –muchas transmitidas por europeos–, sigue sin conocerse cuáles se transmitieron exactamente. De las epidemias que azotaron el Nuevo Mundo en dicho periodo, el brote no identificado de *cocoliztli* que se produjo entre los años 1545 y 1550 fue una de las más devastadoras y afectó a gran parte de México y Guatemala.

Durante más de un siglo se ha debatido sobre su causa patogénica, aunque en la actualidad una investigación está arrojando algo de luz sobre esta tragedia.

Un equipo de investigadores se ha servido de una herramienta de análisis metagenómico denominada MALT (herramienta de alineación de analizador del metagenoma) para descubrir el origen de esta enfermedad. La metagenómica es un campo que se ha consolidado durante la última década y que consiste en el análisis genético directo de los genomas presentes en una muestra ambiental. Aplicando métodos de este dominio al análisis de ADN antiguo, los investigadores han identificado la bacteria *Salmonella enterica* Paratyphi C –un patógeno que causa fiebre entérica– en los restos óseos de individuos enterrados en un cementerio de principios del periodo colonial ubicado en Teposcolula-Yucundaa (Oaxaca), en el sur de México.

El equipo brindó datos relativos al genoma completo de individuos afectados por *Salmonella enterica*, subespecie *enterica* serotipo Paratyphi C, y postularon que *Salmonella* Paratyphi C habría tenido un gran protagonismo en el descenso de la población debido a la epidemia de *cocoliztli* en 1545 en la citada región.



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

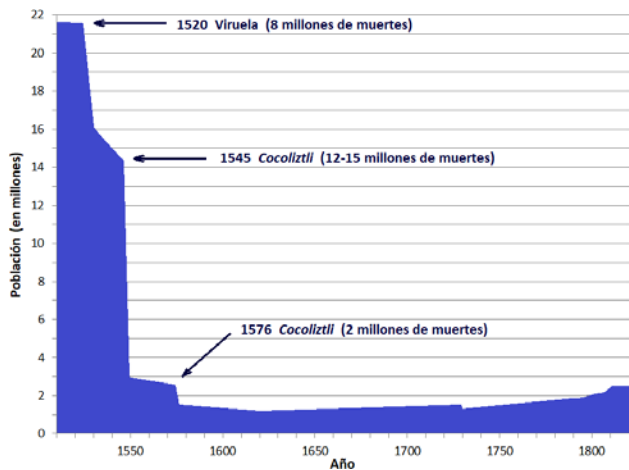


Gráfico 5. Colapso poblacional en México en el siglo XVI.

Un patógeno que hizo estragos en la población indígena

Antes de la llegada de los españoles, el señorío –*yuhuitayu* o estado local– de Teposcolula-Yucundaa controlaba un gran territorio mixteca, con una población estimada de 60.000 habitantes. Esta zona estaba bien conectada con las rutas comerciales regionales y de larga distancia, y en 1524 el estado pasó a formar parte de la corona española. Pese a que se conservan pocos registros de este estado relativos a los primeros tiempos del periodo colonial, diversos documentos de un estado vecino atestiguan que se produjo un brote de enfermedad en 1545 y que durante el punto álgido de la epidemia fallecían entre treinta y cuarenta personas al día. Se estima que en la propia Teposcolula-Yucundaa hay alrededor de ochocientas personas enterradas en un cementerio de grandes dimensiones cubierto de yeso.

El equipo visitó este emplazamiento y otros cercanos, en los que recabaron muestras de ADN de piezas dentales pertenecientes a 29 sujetos. Los investigadores seccionaron cada diente en la unión cementoamélica y se extrajo una muestra de la cámara pulpar coronaria. Las muestras se procesaron siguiendo un protocolo específico establecido para extraer ADN de restos óseos arqueológicos. También se realizó un control blanco de extracción a cada una de las diez muestras procesadas por lote y se incluyó un control positivo –polvo de huesos pertenecientes a un oso cavernario antiguo– en cada uno.

Los datos obtenidos con todas las muestras de cámara pulpar, la del suelo y los controles negativos se analizaron en busca de ADN antiguo de patógenos bacterianos empleando la herramienta bioinformática MALT, labor que reportó evidencias prometedoras: la existencia de rastros de ADN de *S. enterica* en diez de las muestras. Una vez finalizadas todas las pruebas, los científicos pudieron reconstruir genomas completos de *S. enterica* y se descubrió la presencia de una subespecie de *S. enterica* que causa fiebre entérica en diez de los sujetos.

Este nuevo método permite realizar una búsqueda más amplia a nivel de genoma para detectar cualquier característica presente. Se trata de un avance enorme en lo que respecta a los métodos de los que disponen quienes investigan enfermedades antiguas. Ahora se pueden buscar restos moleculares de numerosos agentes infecciosos en registros arqueológicos, lo que resulta especialmente relevante en los casos en los que el origen de una enfermedad se desconoce *a priori*.³



Paraguay exige certificado de vacuna contra la fiebre amarilla para los viajes a Brasil

31 de enero de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay)

Hasta el año 2016, en Paraguay se hacía el refuerzo de la vacuna antiamarílica cada diez años, por lo cual no está contraindicada la revacunación de una persona que deba viajar a zonas de riesgo y no cuente con el documento que acredite haberla recibido.

Se trata de una medida que busca proteger a la población de una enfermedad que puede tener un curso grave, y evitar que el virus de la fiebre amarilla se reintroduzca en el país, que hace años no presenta casos autóctonos, a pesar de que en Brasil existe circulación y ahora hay en curso un brote muy importante en cuatro Estados: Bahía, Rio de Janeiro, São Paulo y Espírito Santo.

La Dra. María Águeda Cabello Sarubbi, titular de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, enfatizó que, durante el brote registrado en Paraguay en 2008, la vacunación a la población fue masiva, y no existió ningún caso de fallecimiento como consecuencia de alguna reacción adversa a la dosis antiamarílica.

“Sí hay que tener en cuenta que, como toda vacuna, puede existir reacción en algunos casos ya inclusive en la primera aplicación”, añadió la epidemióloga.

Este martes, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Secretaría Nacional de Turismo (SENATUR) y la Dirección General de Migraciones dieron a conocer la Resolución Sanitaria N° 033/201, que establece la obligatoriedad de contar con el Certificado Internacional de Vacunación contra la Fiebre Amarilla a viajeros nacionales o extranjeros que se dirijan o procedan de los Estados de Brasil considerados zonas de riesgo: Bahía, Rio de Janeiro, São Paulo y Espírito Santo.

Así también, en la disposición se resalta que todo ciudadano paraguayo que provenga de una zona de riesgo y no posea su carné de vacunación debe ser sometido a un control sanitario por un periodo de diez días, a partir de su ingreso.

Determina además que, si por razones médicas, una persona que requiera viajar a zonas de riesgo no pueda ser vacunada contra la fiebre amarilla, y no cuente con el carné de vacunación, deberá justificar con un certificado médico expedido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

En el caso de que una persona no presente el certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla, no será autorizada a ingresar o salir del país, excepto los casos citados anteriormente.

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

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay confirmó el 31 de enero que la causa de muerte de una mujer de 28 años se debió a hantavirrosis. Los resultados de los exámenes clínicos realizados permitieron identificar y confirmar el caso, el primero del año 2018.

La casa de la víctima está ubicada en una zona rural de Sauce, en el departamento de Canelones, y tiene galpones, pero el director interino de Salud del MSP, Gilberto Ríos Ferreira, dijo que tras la visita al lugar, se descartó que sea la fuente de contagio.

La mujer, de profesión técnica forestal, fue internada en un sanatorio local con fiebre, malestar general, cefalea, náuseas, vómitos y un cuadro respiratorio severo; casi inmediatamente entró en shock y, a pesar de todas las medidas dispuestas, no se pudo revertir la situación. Tras constatar su fallecimiento, fue el mismo prestador de salud quien avisó a las autoridades de salud de la situación.

Situación

La circulación del hantavirus en la región sur de Uruguay se ha documentado desde el año 1997, destacándose la confirmación del primer caso al norte del Río Negro en el año 2010.

Según el último informe epidemiológico de noviembre de 2017, “el acumulado de los casos confirmados en el período 2012-2016 es de 82, y muestra que el mayor número de episodios se registra a comienzos del otoño y al final de la primavera y comienzos del verano, coincidiendo con las épocas de apareamiento y de mayor abundancia de especies reservorio”.

Además, la mayor proporción de casos confirmados procede de los departamentos de Montevideo, Canelones y San José, mientras que la tasa de incidencia más elevada se registra en los departamentos de San José y Colonia. La tasa de letalidad a nivel nacional es de 30-40%.

Las víctimas suelen ser personas jóvenes, ya que se trata de empleados o peones que trabajan en galpones o instalaciones donde hay presencia de roedores.⁴

El mundo

Les Echos

Francia: La leche para bebés que produce Lactalis podría haber estado contaminada desde hace años

1 de febrero de 2018 – Fuente: Reuters

La misma cepa de *Salmonella* detectada en una de las plantas de Lactalis el año pasado y que ha obligado al gigante lácteo francés a retirar millones de lotes de leche infantil en todo el mundo tras contaminar a una treintena de bebés, está también detrás del contagio de hasta 25 pequeños entre 2006 y 2016. Es más, se trata de la misma cepa que en 2005 provocó una epidemia de salmonelosis que afectó a otros 140 bebés en todo el país. Las conclusiones reveladas el 1 de febrero por el Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ de París no son nada auspiciosas para el grupo Lactalis, que advirtió de pérdidas millonarias a causa del escándalo de productos posiblemente contaminados distribuidos en decenas de países.

El Instituto Pasteur, entidad privada de referencia en el mundo de la salud, va más allá y dice que no descarta la posibilidad de que la bacteria responsable de las contaminaciones haya podido subsistir todos estos años en la planta de Craon, en el noroeste de Francia, de donde partieron los últimos lotes afectados y que Lactalis compró en 2006 a su antiguo rival Celia.

“Hemos podido probar que la misma bacteria *Salmonella enterica enterica* serovar Agona está detrás de las dos epidemias de salmonelosis, la de 2005 y la de 2017. Eso nos llevó a preguntarnos dónde podría haber residido la cepa durante los 12 años pasados: la única hipótesis científicamente plausible es que permaneció en la fábrica en cuestión”, dijo el director del Centro Nacional de Referencia de *Salmonella* en el Instituto Pasteur, François-Xavier Weill.

Las conclusiones del Instituto Pasteur parecen confirmar los peores temores del presidente de Lactalis, Emmanuel Besnier, quien ya planteaba esa tesis y advertía de la posibilidad de que existieran más casos de salmonelosis no asociados hasta ahora a la planta de Craon. “No se puede descartar que otros bebés hayan consumido leche contaminada desde 2005”, reconoció.



Sede central de la empresa Lactalis en Laval, Francia.

⁴ La noticia no menciona el hantavirus responsable de este caso, aunque podría tratarse del Central Plata. Su roedor reservorio es el ratón arrocero enano amarillo (*Oligoryzomys flavescens*). Este roedor elimina el virus en su saliva, la orina y las heces, contaminando el ambiente en el que vive y se reproduce.

Según Besnier, el pasado diciembre se descubrió que la bacteria, la misma de 2005, se hallaba en las infraestructuras de la torre de secado número 1 de Craon. En 2005, la planta todavía no pertenecía a Lactalis, que la adquirió un año más tarde. Según el relato del presidente del grupo lácteo, unas obras realizadas en el suelo y los muros de esa torre a comienzos de 2017 liberaron la bacteria que hasta entonces había permanecido confinada y sin poder desarrollarse, pero que tras su liberación se diseminó por la planta y contaminó equipamientos móviles que servían para producir pequeñas series de leche infantil.

Besnier aseguró que los controles sanitarios de sus productos estaban en manos de "un grupo externo de referencia", pero cuestionó la fiabilidad de los mismos. "Nos cuesta mucho entender cómo 16.000 análisis hechos en 2017 no detectaron nada. Dudamos de la sensibilidad de esas pruebas. No es posible que no hubiera ningún positivo", señaló.

"Si el análisis de los productos finales hubiera mostrado la presencia de *Salmonella* Agona, por supuesto que no habríamos comercializado los productos y habríamos evitado la crisis", dijo.

El presidente de Lactalis anunció la decisión "difícil pero indispensable" de cerrar de forma definitiva la torre de secado contaminada "por temor a una recaída, dadas las alertas de 2005 y 2017". Además, adelantó que se reforzarán los programas de control de la leche infantil y que además las pruebas serán analizadas por un segundo laboratorio.

Besnier reconoció que la empresa perderá "varios cientos de millones de euros" por este caso y mostró su temor a perder las licencias de exportación de forma temporal. El responsable del grupo lácteo admitió que "una parte importante" de la leche sospechosa en este episodio de 2017, que afectó a al menos 38 niños en Francia y a otros en varios países, "ha sido consumida" porque el producto recuperado supone menos del 50% del presuntamente afectado. Lactalis ha retirado 12 millones de envases en Francia y en todo el mundo.

De las 38 infecciones registradas en Francia entre mediados de agosto y diciembre del año pasado, 36 de ellas están claramente relacionadas con la leche Lactalis. Un grupo que representa a familias afectadas dijo que había al menos 10 casos más no contabilizados. La asociación de víctimas dijo que había leído las declaraciones de Besnier con "consternación".

"Son varios cientos de millones de cajas afectadas y varios cientos de miles de toneladas de productos enviados a más de 80 países. Este es un escándalo de salud de una escala sin precedentes", añadió en un comunicado.

europa Namibia confirma su primer caso de cólera tras el brote detectado en la vecina Zambia

press 31 de enero de 2018 – Fuente: Europa Press

Un niño de diez años se ha convertido en la primera persona diagnosticada con cólera en Namibia en cuatro años, lo que aumenta el temor a que se propague el brote de una enfermedad que ya ha matado a decenas de personas en diciembre en la vecina Zambia.

El Ministerio de Sanidad confirmó la detección del primer paciente, mientras que se investiga a dos compañeros de clase que compartieron comida con el enfermo y sufren, como él, vómitos y diarrea. La escuela a la que todos ellos asisten está situada en Katutura, una zona pobre a las afueras de la capital, Windhoek.

El Gobierno advirtió al personal médico para que esté atento a posibles nuevos casos, en un esfuerzo por evitar un gran brote. Las autoridades namibias prohibieron en diciembre la importación de agua y alimentos perecederos desde Zambia, donde ya han fallecido 78 personas.

Sci Dev Net A 35 años de identificar al VIH como causa del sida, aún hay estigmatización e ignorancia

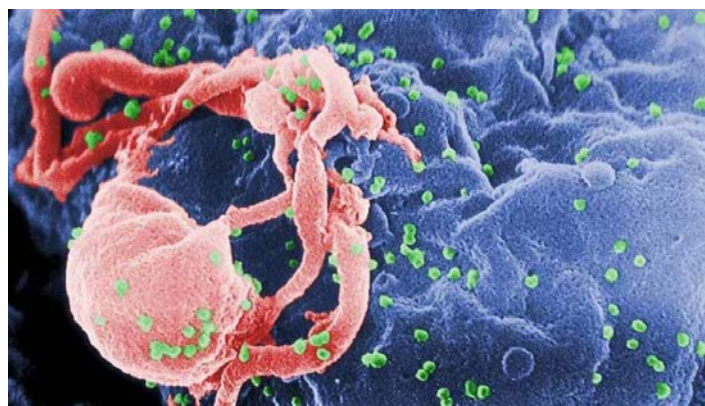
29 de enero de 2018 – Fuente: SciDev Net

VIH: estas tres letras suponían una sentencia de muerte hace 35 años, cuando Star Wars era solo una trilogía, cuando la primera computadora personal comenzaba a revolucionar la sociedad tal como la conocíamos, y cuando este virus se vinculaba por primera vez con el sida.

El 23 de enero de 1983, el científico Luc Antoine Montagnier, del Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de París, identificó por primera vez el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como la causa del sida, una enfermedad entonces considerada rara y detectada en hombres homosexuales, que pronto se convertiría en una de las peores epidemias en la historia humana.

Sin embargo, esas tres letras han llegado a significar algo muy diferente en los últimos 35 años. Ahora, las personas pueden vivir con VIH, el conocimiento de la enfermedad ha mejorado sustancialmente y un niño hijo de madre VIH positiva puede nacer libre del virus.

Para el año 2020, la aspiración es que el mundo haya logrado el llamado objetivo 90-90-90 propuesto por Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), lo que implica que 90% de las personas infectadas por el VIH/sida conozcan su estado, que 90% de ellas reciba tratamiento antirretroviral, y que 90% de quienes estén en tratamiento tengan niveles indetectables del virus en la sangre.



No obstante, en América Latina, el Caribe y África –las regiones donde vive la mayoría de las personas con VIH– todavía hay un largo camino por recorrer para alcanzar estos objetivos, según señala el ONUSIDA en su informe de estado de 2017, *El fin del sida: el progreso hacia el objetivo 90-90-90*.⁵

Solo un país africano, Botswana, se encuentra entre los siete países del mundo que ya alcanzaron el objetivo 90-90-90, junto con Camboya, Dinamarca, Islandia, Gran Bretaña, Singapur y Suecia.

En América Latina y el Caribe, solo cuatro países han logrado al menos uno de los objetivos: Brasil, Chile, Ecuador y Haití. Eso ocurre después de que algunos países de la región avanzaran a pasos agigantados en su lucha contra la enfermedad, en especial Cuba, que se convirtió en 2015 en el primer país del mundo en eliminar la transmisión del VIH de madre a hijo.

Progreso regional

Según el informe del ONUSIDA, pese a los desafíos que aún restan, América Latina ha hecho importantes progresos.

Por ejemplo, la cantidad de personas en tratamiento casi se duplicó en seis años, pasando de 32% en 2010 a 58% en 2016. No obstante, la situación no es la misma en toda la región, y hay países como Bolivia, Guatemala, Jamaica, Paraguay, República Dominicana y Surinam que aún intentan superar el tercio de seropositivos en tratamiento.

Asimismo, entre 2000 y 2016, el aumento de la cobertura de tratamiento, también redujo 12% la mortalidad en América Latina y 45% en el Caribe.

En los niños de 0 a 14 años –uno de los grupos más vulnerables–, los esfuerzos en la región ayudaron a bajar las infecciones en 66% desde 2000, y aumentar de 17 a 53% la cobertura de tratamiento en esa población.

Estigma como freno

El problema es que, a pesar del progreso, el estigma y la ignorancia siguen obstaculizando los esfuerzos para combatir la enfermedad en los dos continentes donde reside la mayor población con VIH. Muchos países aún deben trabajar para revertir la estigmatización de ciertos segmentos de la población, como los homosexuales y los usuarios de drogas.

En Togo, por ejemplo, una encuesta del Centro Nacional de Lucha contra el SIDA (CNLS) muestra que la tasa de infección es de casi una de cada cinco personas entre los hombres homosexuales, en comparación con 2,4% a nivel nacional.

En Ruanda, la prevalencia entre las trabajadoras sexuales se estima en 45% en todo el país, y 51% en la capital, Kigali, según una encuesta demográfica y de salud liderada por el gobierno en 2015.

“La discriminación que a menudo sufren estos grupos les impide acceder a las pruebas de detección y el tratamiento antirretroviral”, dijo Claver Dagnra, coordinador de CNLS en Togo.

El problema más serio

No solo en África donde este estigma es devastador. Gracia Violeta Ross, presidenta de la Red Nacional de Personas que Viven con VIH y Sida en Bolivia, cree, por ejemplo, que “el estigma es el problema más grave”. “En Bolivia hay muy poca información sobre el VIH. El prejuicio actual es que se trata de una enfermedad que solo debería preocupar a los grupos de riesgo, como los hombres que tienen sexo con hombres o las mujeres transgénero”, dijo.

Dado al éxito de las terapias existentes, y a medida que aumentó la concientización en todo el mundo, en los últimos años, el enfoque de la gestión contra el VIH/sida se ha desplazado hacia la necesidad de que todos los enfermos accedan al tratamiento con medicamentos antirretrovirales a medida. Sin embargo, como resultado, muchos observadores señalan que la prevención debe colocarse una vez más en el corazón de la campaña contra el VIH/sida para detener su progreso.

En Colombia, por ejemplo, se estima que el uso de condones en la población general varía entre 9% en jóvenes en ciertas ciudades medianas, entre 20 y 30% en hombres y mujeres no infectados, y hasta 96% en las trabajadoras sexuales seropositivas.

La situación es casi la misma en Brasil, que ha sido líder en la lucha contra la enfermedad y que fue el primer país en desafiar las leyes de patentes que cubren el medicamento antirretroviral zidovudina, cuando en 2007 el gobierno brasileño suspendió la patente del fármaco efavirenz, lo que permitió al país importar y fabricar un genérico y reducir el costo del tratamiento.

El principal desafío todavía es luchar contra la propagación de la enfermedad en áreas remotas. Allí, la población es más vulnerable, con acceso limitado a los servicios de salud y a la información, menores ingresos, menos educación y menos capacidad de las mujeres para exigir el uso del condón, además de más casos de prostitución infantil.

“Desde que el acceso a los retrovirales es universal, el foco en la prevención se perdió, y ahora está solo en la atención”, dijo Felipe Varela Ojeda, investigador del Centro de Análisis e Investigación de Fundar en México.

Y en especial, sobre este aspecto de la concientización, Marcelo Vila, consultor subregional sobre VIH, tuberculosis y hepatitis en Argentina considera que “el mayor desafío aún es el diagnóstico”.

“Muchas personas aún no saben que están infectadas”, dijo.

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

**It's Time to Tell Your Kids
About The Birds And The Bees.
And AIDS.**

Not telling your child about AIDS could protect her innocence. Telling your child about AIDS could protect her life. Sex and AIDS go hand in hand. Just like AIDS and death. Over 300 people in Michigan have already died from AIDS. It's estimated that 3600 Michigan residents will have AIDS by 1991. Don't let your child be one of them.

Teach your child that AIDS is transmitted through sexual contact or sharing intravenous drug needles. Teach your child that abstinence is the best prevention against AIDS. But also teach that a condom is a necessary preventative if your child does experiment with sex. Give your child the facts of AIDS. They could be the facts of life.

Confidential help and information
1-800-872-AIDS
AIDS. What you don't know can hurt you.

Michigan Department of Public Health
AIDS Prevention Program



Department of Public Health, AIDS Prevention Program (1987. Michigan, 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.