



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.

2.038

9 de abril 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

- Córdoba: Detectan riesgo de contaminación alimentaria en los jardines maternos

Argentina

- Vigilancia de neumonía

América

- Actualización sobre la situación epidemiológica del sarampión en la Región
- Bolivia: Registran 109 casos positivos de rabia canina en 2018
- Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla
- Chile, Región de Los Lagos: Un brote de parotiditis afecta Osorno
- Haití lanzó una campaña para vacunar a más de 2 millones de niños contra la difteria

- Panamá, Los Santos: Se registran dos nuevos casos de hantavirosis

- Venezuela: Descubren una nueva especie de *Leptospira*

El mundo

- El Líbano: El UNICEF hace un llamamiento de emergencia por brote de sarampión
- España, Euskadi: Contraen fiebre Q dos empleados de una planta de tratamiento de residuos
- Europa: Las relaciones entre hombres de edades diferentes serían las más vinculadas a la transmisión del VIH
- Guinea: La enfermedad por el virus del Ébola desnudó los fallos de la sanidad, pero ayudó a resolverlos
- Crisis de la tuberculosis: soluciones desaprovechadas

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/



TOTALMENTE ONLINE - Inicia el 4 de mayo - Duración 6 semanas

Con evaluación (opcional) y certificación

www.slamvi.org

Córdoba: Detectan riesgo de contaminación alimentaria en los jardines maternos

4 de abril de 2018 – Fuente: La Voz del Interior (Argentina)

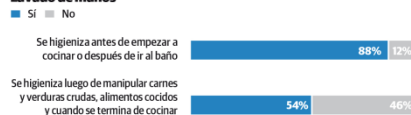
El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una enfermedad potencialmente peligrosa que suele asociarse con la carne mal cocida. Sin embargo, una investigación del Laboratorio Municipal de Alimentos apuntó a los jardines maternos y descubrió que ciertas prácticas de los docentes pueden promover el contagio por la contaminación de alimentos o por una incorrecta higiene.

El estudio se realizó sobre la base de 146 encuestas, de las cuales 65% correspondió a jardines maternos privados; y el resto, a públicos municipales de la ciudad de Córdoba. Las respuestas de estos sondeos fueron corroboradas luego con inspecciones.

Si bien docentes, auxiliares y directivos conocen sobre el SUH, la mayoría asocia esta enfermedad con la carne mal cocida. En cambio, pasan por alto que la principal vía de contagio es la contaminación cruzada –entre alimentos– y la transmitida por materia fecal –cuando falla la higiene–.

“Esta información fue relevante para orientar políticas públicas. Cada vez que aparece un caso, apuntamos a las carnicerías. Pero comprobamos que en la mayoría de los jardines maternos se reproducen prácticas que ponen en riesgo la salud de los niños en su etapa más vulnerable”, indicó Alina Rondini, jefa del Laboratorio Municipal y autora del estudio, junto con Jorgelina Peralta.

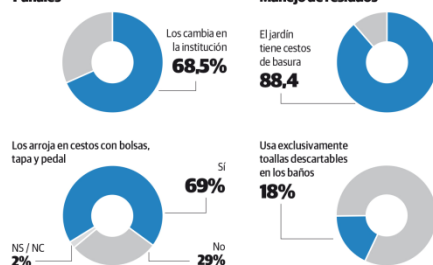
Lavado de manos



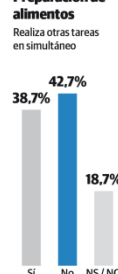
Mamaderas



Pañales



Preparación de alimentos



Los principales resultados del estudio, presentado en mayo del año pasado y coordinado por la Red Nacional de Protección de Alimentos (RENAPRA), detectaron que la mayoría de los trabajadores de jardines maternos reproducen prácticas de riesgo: realizan otras tareas mientras elaboran alimentos, no cuentan con una guía para preparar mamaderas y no se lavan las manos después de manipular carnes o verduras crudas.

En cuanto a las guarderías, la investigación reveló que la mayoría no cuenta con un espacio exclusivo para cambiar pañales, existen pocos cestos de basura y que los niños comparten el baño con los mayores, entre otras cosas. “Los adultos son portadores silenciosos de la bacteria. Los sanitarios deben estar separados”, agregó Rondini.

Mediante estudios de laboratorio, se detectó que 5% de la comida que se elabora en estos jardines no es apta para el consumo, ya que presenta algún agente contaminante. Las muestras se tomaron en 12 establecimientos que preparan alimentos.

Enemigos silenciosos

Según el estudio, la mayoría de los docentes tienen incorporado el lavado de manos antes de empezar a cocinar y después de ir al baño.

Sin embargo, sólo la mitad pone en práctica esta regla de oro después de manipular carnes y verduras crudas, al terminar de cocinar y después de preparar alimentos.

El cambio de pañales fue otro de los puntos flojos. La mayoría de las guarderías no cuentan con un lugar exclusivo para esa práctica. Y sólo 69% de esos residuos se desechan como corresponde: en tachos con tapa, bolsa y pedal para abrirlos.

Apenas 21% de los privados y 15,2% de los públicos usa en los baños exclusivamente toallas descartables. La limpieza de tanques de agua se realiza en 91% de los privados y en 77% de los públicos, aunque muy pocos realizan el mantenimiento cada seis meses.

Finalmente, se encontró en las mamaderas otro escenario de riesgo. El 40% de los padres la lleva desde la casa, y en algunas se detectaron graves falencias de higiene. En cuanto a los docentes, 34% realiza otras actividades mientras prepara las mamaderas (habla por teléfono, recibe a los niños o atiende a los padres).

La mayoría de los jardines no cuenta con lactarios o heladeras exclusivas, exponiéndose al riesgo de contaminación cruzada con otros alimentos. "En un jardín encontramos que las mamaderas compartían heladera con el relleno de las empanadas de un festejo", reconoció Rondini.

La investigación sirvió para orientar acciones. En diciembre de 2017, se modificó la ordenanza que regula los jardines maternos privados. En cuanto a los establecimientos públicos municipales, las especialistas reconocieron una mejor formación de sus docentes y sus auxiliares. "Son apenas 37 guarderías, y el universo es más pequeño. Siempre estamos capacitando", agregaron. Este año, Calidad Alimentaria también controlará las salas cuna provinciales.

Nuevas normas para las guarderías

En diciembre de 2017, el Concejo Deliberante de la ciudad de Córdoba actualizó la ordenanza 10.287, que regula los jardines maternos privados. La normativa exige más condiciones para las nuevas guarderías y para las que renueven la habilitación. Si bien la ordenanza aún no fue publicada en el Boletín Oficial, ya se encuentra vigente.

La Municipalidad exige condiciones edilicias específicas en ciertos espacios, como entradas, ventilaciones, comedores y salas. La calefacción sólo podrá hacerse con tiro balanceado o con pantallas infrarrojas. Las aberturas, las escaleras y las barandas deberán prevenir potenciales caídas. Y los baños y las cocinas deberán estar revestidos.

En cuanto a los jardines que elaboren comida, un profesional deberá supervisar el menú. Para todos, se fija un número establecido de docentes por alumno. En el caso de los lactantes, es uno por cada cinco niños.

La Secretaría de Educación de la Municipalidad supervisará el diseño curricular. Y los directivos deberán tener título docente.

"La educación formal no debe empezar en las salas de 3 años", indicó Lucas Cavallo, uno de los concejales que impulsó la actualización de la ordenanza. "Los jardines maternos, así como las instituciones a cargo de los pequeños, también deben formar parte del sistema. De otra manera, las guarderías se convierten en negocios", aclaró.

Argentina

Vigilancia de neumonía
 23 de marzo de 2018 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

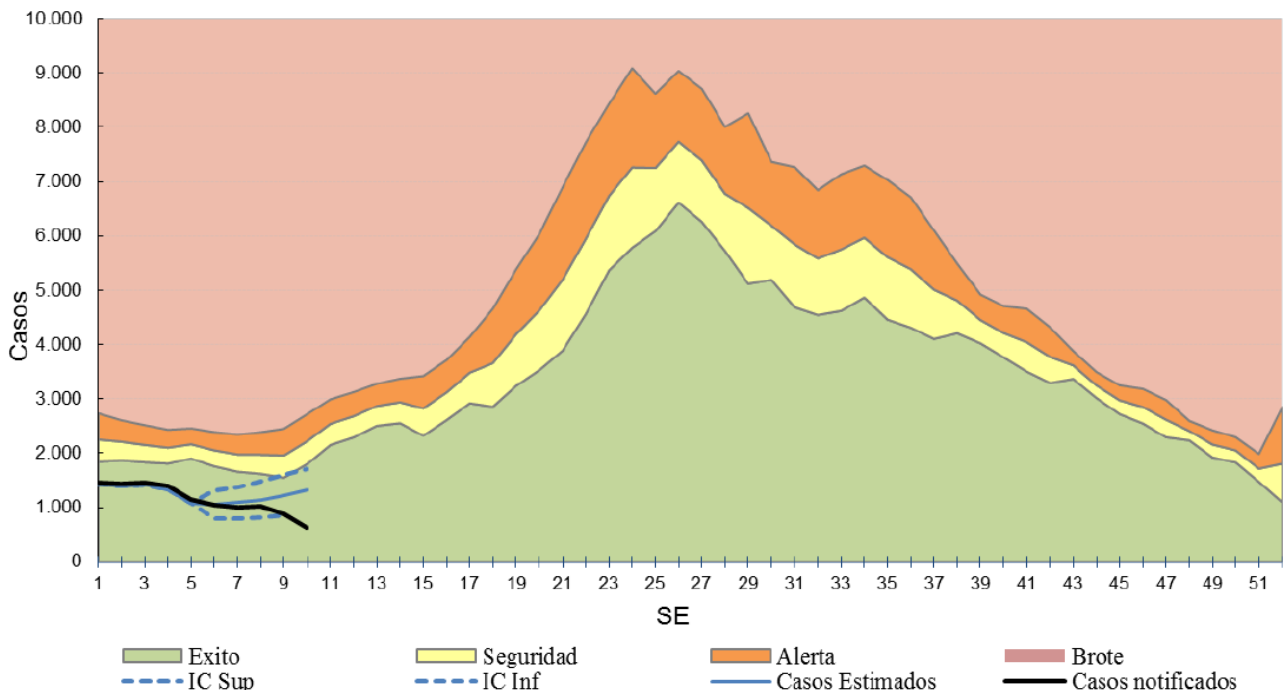


Gráfico 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2018, con base en datos de los años 2013 a 2017. Con representación de casos y estimaciones hasta semana epidemiológica 10. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.¹

¹ Como una forma de superar el atraso en la notificación y poder aproximarse a la situación actual de la neumonía, el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología ha implementado una metodología de estimación que considera las notificaciones al módulo C2, la variación en los establecimientos con mayor regularidad, la oportunidad de notificación y el número de casos, así como el porcentaje de positividad para virus respiratorios por semana epidemiológica surgido de las notificaciones al SIVILA. El resultado de la aplicación de este modelo para el total nacional se muestra en el corredor endémico, incluyendo tres escenarios: el calculado en función de la mediana y los límites de confianza superior e inferior, que conformarían el peor y mejor escenario en el que se encontraría la notificación según las estimaciones para cada semana.

El presente informe desarrolla el análisis del comportamiento de la neumonía durante las primeras siete semanas epidemiológicas (SE) del año 2018. El objetivo es reconocer la situación actual y contribuir con la toma de decisiones en los niveles locales, provinciales y nacional.

Las fuentes de información fueron los módulos de vigilancia clínica (C2), de laboratorio (SIVILA), y la Unidad Centinela de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (UCIRAG) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

En las primeras siete SE de 2018, se notificaron 8.920 casos al Módulo C2, lo que representa una tasa acumulada nacional de 20,05 casos cada 100.000 habitantes. Esta tasa es 44,66% menor a la tasa de la misma SE del período 2012/2017, y 29,41% menor a la correspondiente al año 2017.

Hasta la SE 10 de 2018, la curva de casos transitó por la zona de éxito. Según las estimaciones realizadas, los casos estarían en la zona mencionada.

Provincia/Región	2012/2017		2017		2018	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	6.561	35,83	777	25,36	801	26,11
Buenos Aires	24.583	24,73	3.123	18,35	2.347	13,65
Córdoba	7.975	37,46	1.086	29,79	751	20,39
Entre Ríos	3.218	40,79	571	42,37	361	26,54
Santa Fe	8.363	41,20	1.199	34,72	555	15,94
Centro	50.700	30,33	6.756	23,68	4.815	16,72
Mendoza	6.188	55,02	863	44,75	551	28,27
San Juan	1.997	45,30	176	23,28	147	19,23
San Luis	1.687	59,43	218	44,56	224	45,20
Cuyo	9.872	53,38	1.257	39,61	922	28,73
Corrientes	2.378	37,22	392	35,93	85	7,72
Chaco	4.808	70,49	757	64,80	512	43,37
Formosa	1.764	51,00	227	38,48	88	14,79
Misiones	2.486	35,06	209	17,15	268	21,73
NEA	11.436	48,13	1.585	38,96	953	23,19
Catamarca	891	37,60	125	30,91	114	27,93
Jujuy	1.590	36,64	214	28,72	221	29,31
La Rioja	874	39,89	192	50,79	98	25,57
Salta	5.644	71,05	614	44,81	491	35,36
Santiago del Estero	1.235	22,30	145	15,29	94	9,81
Tucumán	3.362	35,41	457	27,97	322	19,46
NOA	13.596	42,65	1.747	31,88	1.340	24,16
Chubut	1.271	37,72	234	39,80	130	21,73
La Pampa	774	37,78	150	42,94	153	43,42
Neuquén	1.914	51,88	297	46,56	230	35,56
Río Negro	1.756	42,18	253	35,21	217	29,79
Santa Cruz	1.466	77,33	160	47,26	94	27,04
Tierra del Fuego	451	50,03	69	42,93	66	40,01
Sur	7.632	47,50	1.163	41,64	890	31,35
Total Argentina	93.236	36,23	12.508	28,40	8.920	20,05

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según provincia y región. Argentina. Años 2012/2018, hasta semana epidemiológica 7. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

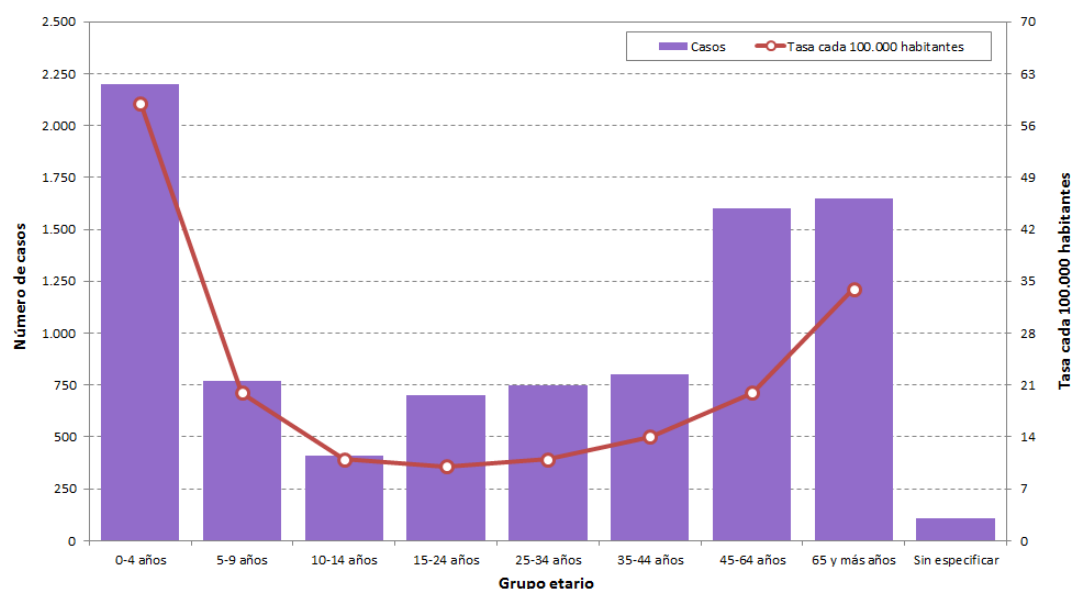


Gráfico 2. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según grupos etarios. Argentina. Año 2018, hasta semana epidemiológica 7. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

En cuanto al análisis de casos y tasas acumuladas por provincia se destaca que La Pampa es la única provincia que presentó una tasa acumulada hasta la SE 7 de 2018 superior a la tasa acumulada para la misma SE del período 2012/2017; este aumento fue mayor a 10%.

En cinco provincias, las tasas acumuladas hasta la SE 7 de 2018 fueron superiores a la tasa acumulada para la misma SE del año 2017: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Jujuy, La Pampa, Misiones y San Luis; sólo en Misiones, este aumento fue mayor a 10%.

El grupo etario más afectado es el de menores de 5 años, seguido por el de 65 y más años (ver Gráfico 2).

América



Actualización sobre la situación epidemiológica del sarampión en la Región

6 de abril de 2018 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Desde el 16 de marzo de 2018, dos nuevos países de la Región de las Américas confirmaron casos de sarampión: Argentina (1 caso) y Ecuador (1 caso). De esa manera, se elevó a 11 el número de países que notificaron casos confirmados de sarampión en 2018 hasta la semana epidemiológica (SE) 14.

Esta cifra es superior a lo registrado en 2017, cuando cuatro países notificaron casos confirmados de sarampión: Argentina (3 casos), Canadá (45 casos), Estados Unidos (120 casos) y Venezuela (727 casos).

Entre las SE 1 y 14 de 2018, los 11 países que notificaron casos confirmados son: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (1), Brasil (46), Canadá (4), Colombia (5), Ecuador (1), Estados Unidos (41), Guatemala (1), México (4), Perú (2) y Venezuela (279) (ver Mapa 1).

Antigua y Barbuda: Un caso importado desde Gran Bretaña, una joven de 19 años de edad, no vacunada que inició exantema el 19 de enero. Hasta la fecha no se registraron casos adicionales vinculados a este caso importado.

Argentina: Se confirmó un caso de sarampión en una menor de 8 meses de edad, sin antecedente de viaje, residente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por ser menor de un año de edad, no estaba vacunada. La fecha de inicio de exantema fue el 25 de marzo. El caso fue confirmado por el Laboratorio de Referencia de la ciudad de Buenos Aires a través de la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR). La genotipificación se encuentra pendiente.

La investigación epidemiológica de contactos y búsqueda de fuentes de infección se encuentra en curso.

Acciones implementadas:

- Identificación y seguimiento de contactos.
- Vacunación de susceptibles.
- Comunicación del riesgo.

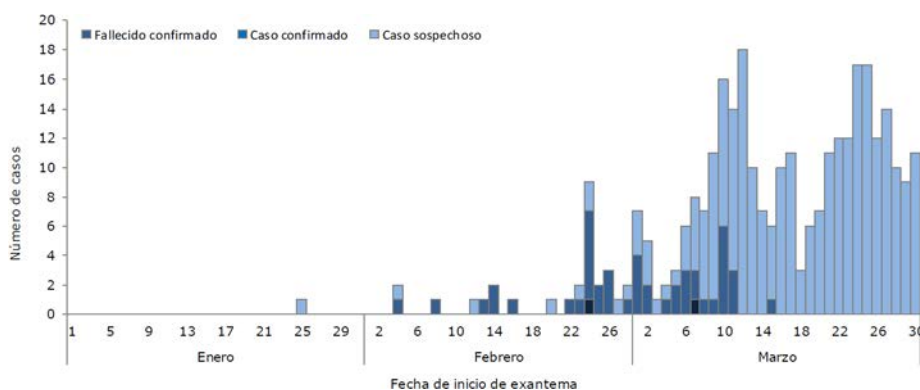
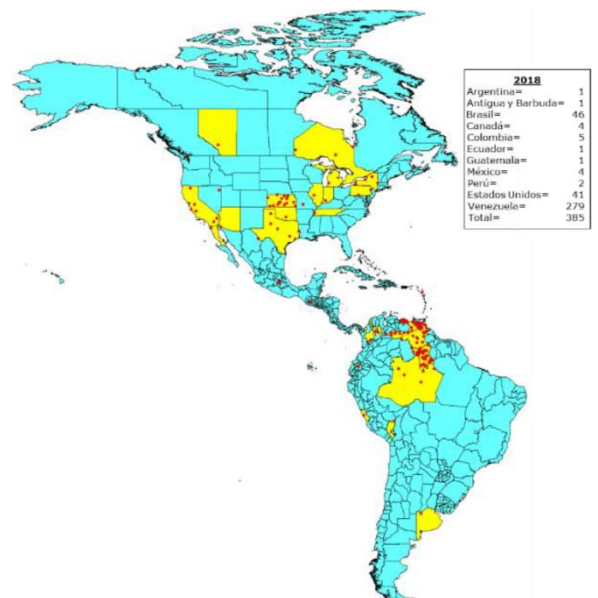


Gráfico 3. Casos notificados, según fecha de inicio de exantema. Estados de Amazonas y Roraima, Brasil. Año 2018, entre el 1 de enero y el 30 de marzo. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

te vacunado; los otros tres no estaban vacunados o no tenían historia de vacunación. La fecha de inicio de exantema de los casos confirmados fue entre el 15 de febrero y el 6 de marzo de 2018. De acuerdo con el análisis de laboratorio realizado por la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ), el genotipo identificado en todos los casos confirmados es el D8, el cual es idéntico al identificado en Venezuela en 2017 y en el estado de Roraima en 2018.



Mapa 1. Distribución de casos confirmados a nivel subnacional. Región de las Américas. Año 2018, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Brasil: Está en curso un brote de sarampión con 316 casos sospechosos notificados (103 en el estado de Amazonas y 213 en el estado de Roraima), de los cuales 46 fueron confirmados, 4 en el estado de Amazonas y 42 en el estado de Roraima (incluido dos fallecidos).

En el estado de Amazonas los casos sospechosos fueron notificados por los municipios de Anori, Humaitá, Manaus y São Gabriel da Cachoeira. Los cuatros casos confirmados proceden de Manaus, todos ellos son ciudadanos brasileños, 3 de los cuales son del sexo femenino. Uno de los casos confirmados había sido recientemente

En el estado de Roraima, 34 de los 42 casos confirmados son venezolanos y 8 son brasileños, siendo 31 casos de Boa Vista y 11 de Pacaraima. De los 34 casos en venezolanos, 16 son indígenas de la etnia Warao. Las dos defunciones por sarampión corresponden a niños venezolanos del municipio de Boa Vista.

Las edades de los casos confirmados oscilaron entre 3 meses a 33 años, 25 de los cuales son del sexo masculino. Nueve de los casos confirmados estaban vacunados (6 durante las acciones de bloqueo o intensificación y 3 previamente). Cuatro fueron hospitalizados.

Acciones implementadas:

- Campaña de vacunación en los estados de Roraima y Amazonas, dirigida a la población de 6 meses a 49 años de edad, incluido inmigrantes venezolanos.
- Intensificación de la vigilancia epidemiológica a través de búsqueda activa y retrospectiva institucional, identificación y seguimiento de contactos.
- Fortalecimiento de la red de laboratorios.
- Comunicación del riesgo.
- Capacitación a los profesionales de salud en manejo de casos de sarampión.

El brote presenta una tendencia creciente. Habrá que observar el comportamiento en las próximas semanas considerando que aún se aguardan los resultados de 194 casos bajo investigación (ver Gráfico 3).

Canadá y Estados Unidos: Casos importados o asociados a importación, donde el 73% de los casos no estaban vacunados. La proporción más alta de casos se reportó en los menores de 1 año y en los adultos de entre 20 y 49 años de edad (29%). Los genotipos identificados son D8, D4 y B3. En 20 casos se identificó al antecedente de viaje a los siguientes países: Australia, India, Pakistán, Gran Bretaña y Uganda.

Colombia: Se notificaron 5 casos confirmados de sarampión en menores procedentes de Venezuela, 4 de la ciudad de Caracas y uno del estado de Miranda. La edad de los casos confirmados oscila entre 10 meses y 2 años, 3 de los cuales son del sexo masculino. El inicio de exantema se registró entre el 8 y 30 de marzo de 2018. Todos los casos ingresaron a Colombia durante el periodo de transmisibilidad, y todos ellos fueron hospitalizados. No se registran fallecidos.

Los casos fueron notificados en los municipios de Arjona (departamento de Bolívar), Cúcuta (departamento de Norte de Santander), Medellín (departamento de Antioquia), Santa Rosa de Cabal (departamento de Risaralda), y en el distrito de Cartagena.

La confirmación por laboratorio fue realizada por el Instituto Nacional de Salud a través de la detección de anticuerpos anti-sarampión IgM en suero y por RT-PCR en hisopado faríngeo y en muestra de orina. La genotipificación de los casos está pendiente.

Acciones implementadas:

- Identificación y seguimiento de contactos.
- Búsqueda activa institucional y comunitaria de casos sospechosos.
- Monitoreo rápido de coberturas de vacunación.
- Vacunación de susceptibles.
- Comunicación del riesgo.
- Intensificación de la vigilancia de sarampión-rubéola.

Ecuador: Se notificó un caso confirmado de sarampión en un niño de 5 años de edad, ciudadano venezolano, no vacunado, quien inició el exantema el 28 de marzo de 2018 y que durante el periodo de incubación se desplazó desde Caracas hacia Quito por vía terrestre. El caso ingresó a Ecuador el 27 de marzo de 2018 a través del Puente Internacional de Rumichaca en la frontera con Colombia; al día siguiente inició un cuadro febril, con tos y conjuntivitis.

La confirmación de laboratorio se realizó en el Laboratorio de Referencia Nacional, el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, en Quito, por medio de pruebas serológicas a través de la detección de anticuerpos anti-sarampión IgM.

Acciones implementadas:

- Intensificación de la vigilancia epidemiológica a través de búsqueda activa y retrospectiva institucional, identificación y seguimiento de contactos.
- Vacunación de contactos susceptibles.
- Entrenamiento del personal de salud para manejo de casos.
- Comunicación del riesgo.

Guatemala: Un caso importado desde Alemania, una joven de 17 años de edad, con historia de vacunación con dos dosis, que inició exantema el 17 de enero. Hasta la fecha no se registraron casos adicionales vinculados a este caso importado.

México: Se confirmaron 4 casos de sarampión importados o asociados a importación. El primer caso corresponde a una mujer de 38 años de edad, residente de Tijuana, Baja California que fue contacto de un caso confirmado de sarampión identificado en un vuelo internacional. Los otros tres casos de sarampión fueron confirmados en la Ciudad de México, con fecha de inicio de exantema entre las SE 7 y 10. Estos casos, están relacionados entre sí y corresponden a una mujer de 39 años de edad, su hijo (de 1 año de edad) y la cuidadora del menor (de 48 años de edad). El genotipo identificado en el primer caso es el B3.

Perú: Se confirmaron 2 casos de sarampión en residentes peruanos que no habían salido fuera del país. Los casos, ambos del sexo masculino, de 46 y 16 años presentaron exantema el 24 y el 28 de febrero de 2018 respectivamente. No se ha identificado casos importados o relacionados a otro caso importado que pudiera ser la fuente de contagio de los casos confirmados.

Venezuela: Desde la confirmación del primer caso de sarampión en la SE 26 de 2017 y hasta la SE 12 de 2018 se confirmaron 1.006 casos de sarampión (757 por laboratorio y 249 por nexo epidemiológico), incluidas 2 defunciones. El mayor número de casos se registró en la SE 38 y 40 de 2017 y entre la SE 8 y 11 de 2018 (ver Gráfico 4).

Del total de casos confirmados, 67% se registraron en el estado Bolívar (siendo este estado el que presenta la mayor incidencia acumulada), aunque también se notificaron casos en los estados Apure, Anzoátegui, Delta Amacuro, Distrito Capital, Miranda, Monagas y Vargas. La mayor tasa de incidencia de casos confirmados se observa en los menores de 5 años, seguido del grupo de 6 a 15 años. La diseminación del virus hacia otras áreas geográficas se explica, entre otros factores, por el elevado movimiento migratorio de la población, generado por la actividad económica formal e informal en torno a la actividad minera y comercial.

Como parte de la intervención, se diseñó un *Plan de Respuesta Rápida Nacional* para interrumpir la transmisión del virus, que incluye la conformación de equipos de respuesta rápida a nivel nacional, estatal y municipal, la implementación de estrategias y actividades de vacunación, vigilancia epidemiológica, búsqueda e investigación de casos y capacitación del personal de salud, con el apoyo técnico del nivel nacional. El país ha dispuesto más de 6 millones de dosis de la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis) y doble viral (sarampión y rubéola) para aumentar las coberturas de vacunación en niños y adolescentes con miras a interrumpir la circulación del virus.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante las continuas importaciones del virus desde otras regiones del mundo y los brotes en curso en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a todos los Estados Miembros a:

- Vacunar para mantener coberturas homogéneas de 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis, en todos los municipios. La Semana de Vacunación en las Américas, que inicia el 22 de abril, debe considerarse como una oportunidad para incrementar los niveles de vacunación y homogenizar las coberturas al interior de los países.
- Vacunar a poblaciones en riesgo, sin prueba de vacunación o inmunidad contra el sarampión y la rubéola, tales como personal de salud, personas que trabajan en turismo y transporte (hotelería, aeropuerto, taxis y otros) y viajeros internacionales.
- Mantener una reserva de vacuna doble viral y jeringas para acciones de control de casos importados en cada país de la Región.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del sarampión para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los servicios públicos y privados, y asegurar de que las muestras se reciban en el laboratorio en el plazo de 5 días después de haberse tomado.
- Brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica, a través de la activación de los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin e implementando protocolos nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados. Una vez que se active el equipo de respuesta rápida, se deberá asegurar una coordinación permanente entre el nivel nacional y local con canales de comunicación permanentes y fluidos entre todos los niveles (nacional, subnacional y local).
- Identificar los flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, para facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional.²

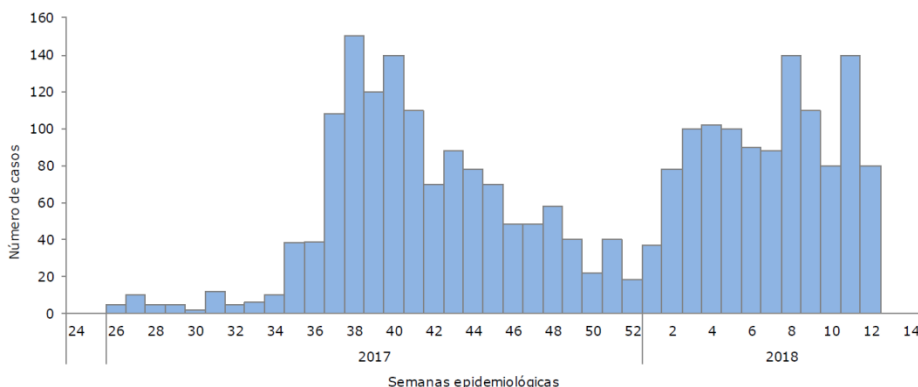


Gráfico 4. Casos notificados, según semana epidemiológica de inicio de exantema. Venezuela. Entre la semana epidemiológica 26 de 2017 y la semana epidemiológica 12 de 2018. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Bolivia: Registran 109 casos positivos de rabia canina en 2018

5 de abril de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud (Bolivia)

El Ministerio de Salud de Bolivia reforzó el 8 de abril la campaña de vacunación antirrábica en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra para inmunizar a las mascotas casa por casa, informó el Director General de Servicios del Ministerio de Salud, Rodolfo Rocabado Benavides.

“El 8 de abril se realizó una vacunación amplia en la zona norte de Santa Cruz; para ello se movilizaron

² Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).



más de mil brigadas. En el año 2017, el Ministerio de Salud dotó de 100.000 vacunas antirrábicas a este departamento”, dijo.

De acuerdo con la Unidad Nacional de Epidemiología, desde enero hasta la fecha se registraron 109 casos positivos de rabia canina, es decir, 43,5% menos que en la gestión 2017.

El reporte también indica que del total de los casos confirmados, 57,8% se concentra en el departamento de Santa Cruz.

Rabia humana

Rocabado indicó que hasta el momento cuatro personas fallecieron por rabia humana, una de ellas en el departamento de Cochabamba y los tres restantes habitaban en Santa Cruz.

“El último caso corresponde a un niño de 10 años. Tomamos acciones principalmente para fortalecer la vigilancia, prevención, control de la epizootia y comunicación de riesgo”, relató.

Lineamientos de trabajo

El pasado 6 de marzo, autoridades del Ministerio de Salud, Servicios Departamentales de Salud y Directores Municipales acordaron cinco lineamientos para fortalecer las acciones de control de la rabia.

En primer lugar se encuentra la vigilancia epidemiológica para el seguimiento e investigación de casos sospechosos; seguido de la atención al paciente, fortalecimiento de las leyes municipales, establecer mensajes de sensibilización para las familias y finalmente, encarar campañas de vacunación.



Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla

4 de abril de 2018 – Fuente: Ministério da Saúde (Brasil)

El Ministerio de Salud de Brasil actualizó el 4 de abril la información sobre la situación de la fiebre amarilla en el país. En el período de monitoreo (del 1 de julio de 2017 al 3 de abril de 2018), se confirmaron 1.127 casos de fiebre amarilla en el país, 328 de los cuales fueron fatales. En total, se notificaron 4.548 casos sospechosos, de los que 2.441 fueron descartados y 980 permanecen en investigación.

Es importante destacar que, con relación a las últimas cifras publicadas, hubo una reducción en el número de casos y muertes³. Esto se debe a la constante revisión y reclasificación de los casos que son incorporados semanalmente a la base de datos. Así, algunos casos fueron reclasificados conforme la complementación de los datos por las Secretarías Estatales de Salud.

Entre julio de 2016 y el 3 de abril de 2017, se habían confirmado 691 casos y 220 muertes. Desde el año pasado, los informes sobre 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 del año siguiente.

Aunque los casos del actual período de monitoreo han sido superiores a los de la temporada anterior, el virus de la fiebre amarilla hoy circula en regiones metropolitanas del país con mayor densidad poblacional, alcanzando a 35,9 millones de personas que viven, incluso, en áreas que nunca tuvieron recomendación de vacuna. En la temporada pasada, por ejemplo, el brote alcanzaba a una población de 10 millones de personas.

Esto explica que la incidencia de la enfermedad en este período sea menor que en la temporada previa. La incidencia de la enfermedad en el período 2017/2018, hasta el 3 de abril, es de 3,0 casos cada 100.000 habitantes. En igual período de la temporada 2016/2017, la incidencia fue de 6,8 cada 100.000 habitantes.

Ampliación

La totalidad del territorio de Brasil será el área de recomendación para la vacunación contra la fiebre amarilla. La medida se hará de manera gradual, iniciando este año y concluyendo en abril de 2019. La ampliación es preventiva

Unidad Federativa/Región	Casos				Muertes	Tasa de letalidad (%)
	Notificados	Descartados	En Investigación	Confirmados		
Acre	1	1	—	—	—	—
Amapá	5	2	3	—	—	—
Amazonas	7	5	2	—	—	—
Pará	37	26	11	—	—	—
Roraima	9	8	1	—	—	—
Roraima	3	3	—	—	—	—
Tocantins	17	15	2	—	—	—
Norte	79	60	19	—	—	—
Alagoas	8	2	6	—	—	—
Bahia	51	29	22	—	—	—
Ceará	2	1	1	—	—	—
Maranhão	5	4	1	—	—	—
Paraíba	5	—	5	—	—	—
Pernambuco	5	3	2	—	—	—
Piauí	8	5	3	—	—	—
Rio Grande do Norte	1	1	—	—	—	—
Sergipe	2	2	—	—	—	—
Nordeste	87	47	40	—	—	—
Distrito Federal	74	44	29	1	1	100,00
Goiás	60	34	26	—	—	—
Mato Grosso	3	3	—	—	—	—
Mato Grosso do Sul	11	8	3	—	—	—
Centro-Oeste	148	89	58	1	1	100,00
Espírito Santo	113	84	23	6	1	16,67
Minas Gerais	1.416	595	344	477	148	31,03
Rio de Janeiro	425	132	105	188	63	33,51
São Paulo	2.104	1.306	343	455	115	25,27
Sudeste	4.058	2.117	815	1.126	327	29,04
Paraná	93	85	8	—	—	—
Rio Grande do Sul	44	29	15	—	—	—
Santa Catarina	39	14	25	—	—	—
Sur	176	128	48	—	—	—
Total	4.548	2.441	980	1.127	328	29,10

Tabla 2. Casos humanos notificados, según región, unidad federativa y clasificación. Brasil. Del 1 de julio de 2017 al 3 de abril de 2018. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

³ Ver 'Brasil: Actualización sobre la situación epidemiológica de la fiebre amarilla' en Reporte Epidemiológico de Córdoba N° 2.036, de fecha 4 de abril de 2018, haciendo clic [aquí](#).

y tiene como objetivo anticipar la protección contra la enfermedad para toda la población, en caso de un aumento en el área de circulación del virus.

Actualmente, algunos estados del Nordeste y parte del Sur y Sudeste no forman parte de las áreas de recomendación para la vacuna. Con la ampliación, deberán vacunarse 77,5 millones de personas en todo el país. Esta cantidad corresponde a la estimación actual de personas no vacunadas en estas nuevas áreas.

cooperativa Chile, Región de Los Lagos: Un brote de parotiditis afecta Osorno

7 de abril de 2018 – Fuente: Cooperativa (Chile)

Un brote de parotiditis afecta a Osorno, información que fue confirmada en la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos por el funcionario a cargo de epidemiología, Dr. José Antonio Vergara, quien aclaró que la enfermedad está afectando a adultos jóvenes, y el foco de contagio partió en la Universidad de Los Lagos de esa ciudad.

“Esta enfermedad se ha desplazado en la edad. Este problema afectaba a los niños, pero ahora está afectando a los adultos jóvenes y se ha comprobado que es necesario aplicar una tercera dosis de vacuna en aquellas personas que están en riesgo, porque viven juntas”, comentó el médico.

La autoridad dio cuenta de que en la región hay 450 casos de parotiditis y afecta a las personas que habitan en las grandes comunas cabeceras de provincias, pero mayoritariamente en las ciudades de Osorno y Puerto Montt. En todo el año 2017 se habían registrado 250 casos.

“Claramente este es un brote que nos está afectando, tal como ocurrió en Bélgica en el año 2013, en el mismo grupo etario que aquí”, comentó el profesional.

Insiste en que bajo ninguna circunstancia la vacuna debe dejar de aplicarse, aun cuando reconoce que los grupos radicales que están en contra de inocularse han hecho mella en la población, dice que “afortunadamente estos son grupos minoritarios”.



Haití lanzó una campaña para vacunar a más de 2 millones de niños contra la difteria

3 de abril de 2018 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Más de 2,3 millones de niños de entre 1 y 14 años en Haití serán vacunados en las próximas semanas contra la difteria, una infección causada por una bacteria que genera inflamación en la garganta y dificultad al respirar, y a veces puede llevar a la muerte.

La campaña de vacunación contra la difteria fue lanzada por el Ministerio de Salud Pública y Población de Haití del 11 al 15 de marzo, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otros asociados. En esta primera fase, 27 comunas en ocho departamentos (Artibonite, Centre, Nippes, Nord, Nord-Est, Nord-Ouest, Sud et Sud-Est) fueron el centro de las actividades de vacunación. De acuerdo al informe preliminar, fueron vacunados alrededor de 1 millón de niños de 1 a 14 años de edad.

El 8 de abril se lanzó una campaña similar para los departamentos del Oeste, el más poblado del país, en la cual se buscará alcanzar a más de 1,2 millones de niños de entre 1 a 14 años.

“El Ministerio ha determinado realizar una campaña en 40 comunas donde se han producido o se sospecha la presencia de la difteria. Tener las vacunas disponibles es el deseo del Ministerio de Salud y de sus principales asociados, como son la OPS/OMS y el UNICEF”, dijo Laurent Adriane, Director General del Ministerio de Salud Pública.

Desde el comienzo de este año, Haití ha reportado 62 casos probables, de los cuales 14 fueron confirmados. Los niños menores de 15 años son los más afectados. El 50% de 60 de los 62 casos probables no estaban vacunados. Durante este periodo se han registrado 6 muertes entre los casos probables y una muerte entre los casos confirmados.

“Esta campaña de vacunación busca llegar a todos aquellos niños que no han recibido las vacunas para estar protegidos contra la difteria. Se trata además de la mayor campaña de vacunación preventiva en el país desde 2016, cuando se hizo algo similar para fortalecer la eliminación del sarampión y la rubéola”, explicó el representante de la OPS en Haití, Luis Codina.

La OPS/OMS está colaborando con Haití en la respuesta al brote de difteria, mediante el apoyo técnico y el financiamiento de los costos operacionales de la campaña de vacunación. Las vacunas contra la difteria y los insumos de inmunización se están adquiriendo mediante el Fondo Rotatorio de Vacunas de la OPS, un mecanismo para que los países de la región puedan adquirir vacunas a precios asequibles. Por otra parte, también se está brindando apoyo en la compra de antitoxina diftérica para tratar los casos, y los antibióticos para los casos y contactos.

Para llevar adelante esta campaña, se han movilizado a más de 6.300 vacunadores, organizados en 3.181 equipos de vacunación. Este personal fue capacitado por supervisores departamentales y nacionales, con el apoyo de expertos de la OPS/OMS. Durante la campaña, la supervisión local y el monitoreo independiente de la cobertura de vacunación (durante y después de la campaña) han asegurado la calidad técnica de esta actividad.



Un niño de nueve años procedente de Tonosí resultó positivo para fiebre por hantavirus en la provincia de Los Santos.

Carlos Muñoz, coordinador regional de Epidemiología en Los Santos, informó que se trata del primer caso en un niño en el año 2018; el año pasado se registró un caso en infante en el mes de agosto.

Muñoz indicó que los niños que sufren hantavirosis no se complican y se mantienen generalmente con fiebre por la enfermedad.

Se conoció que en los últimos días se han incrementado los casos; uno de los últimos es una joven con síndrome cardiopulmonar por hantavirus, procedente de la comunidad de San Luis de Los Santos.

El diagnóstico en esta paciente fue positivo, por lo que fue intubada y hospitalizada en el Hospital Regional de Azuero 'Anita Moreno', en La Villa de Los Santos.

Hasta la fecha, van trece casos de síndrome cardiopulmonar por hantavirus y ocho de fiebre por hantavirus, lo que indica que la cifra ha aumentado a 21 casos en 2018.

Los distritos donde se han reportado casos son siete, entre estos los distritos de Tonosí, Guararé, Pocrí, Las Tablas y Los Santos. No se han dado casos en Pedasí ni Macaracas.

Las autoridades de Salud reiteran a la población santeña tener sus patios limpios y en orden para evitar la presencia de roedores.

La estadística de este virus indica que en 2014 se presentó la mayor cantidad de casos a nivel nacional con 76 casos.

IJSEM

Venezuela: Descubren una nueva especie de *Leptospira*

14 de diciembre de 2017 – Fuente: *International Journal of Systematic and Evolutionary Microbiology*

Un grupo de científicos del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), del Laboratorio de Genética Molecular del Centro de Microbiología y Biología Celular, han descubierto una bacteria que cambiaría el panorama de pacientes y futuros afectados por la leptospirosis en Venezuela, la cual fue denominada *Leptospira venezuelensis*, que afecta a las personas que trabajan en el campo y tienen contacto con algunos animales.

Esta enfermedad emergente puede ser letal en más de 25% de los pacientes; sin embargo, muchos casos de leptospirosis no son diagnosticados porque los síntomas son variables. Además, los médicos no la reconocen a tiempo, ya que las pruebas clínicas generalmente son difíciles de realizar y toman semanas para dar resultados.

Esta investigación salió a la luz gracias al esfuerzo de varios especialistas del IVIC, entre ellos Lizeth Cristina Caraballo Marcano, quien descubrió en Venezuela esta nueva especie de la bacteria *Leptospira*, capaz de afectar a los seres humanos por contaminación tras contacto indirecto con roedores y otro tipo de animales.

La enfermedad se caracteriza por desarrollar síntomas de fiebre, dolores musculares o de las articulaciones, patología renal, ictericia y especialmente hinchazón del área alrededor de los ojos, lo que convierte a la enfermedad en un problema para diagnosticarla, ya que muchos de estos síntomas suelen confundirse con otras enfermedades, como dengue, fiebre zika y fiebre chikungunya, entre otras.

Para distinguir la leptospirosis de otras enfermedades, Caraballo recabó muestras de orina y sangre de los pacientes infectados para practicar una técnica molecular con ADN que, en solo dos días, identificaba la presencia de la bacteria en ellos, por lo que se aisló el gen ribosomal *rrs* y fue secuenciado en la Unidad de Estudios Genéticos y Forenses del IVIC.

Los resultados demostraron que la gran mayoría de los pacientes fueron infectados con especies de *Leptospira* conocidas, pero en cuatro pacientes fue encontrada una secuencia nunca antes descrita.

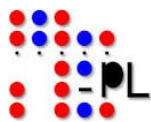
Bajo el mismo enfoque empleado por Caraballo, la especialista Yaritza Rangel obtuvo resultados similares en aislados de *Leptospira* provenientes de muestras de sangre y orina de un rebaño de ganado bovino en el estado Miranda, sugiriendo la posibilidad de una nueva especie de *Leptospira* capaz de infectar una gran variedad de hospedadores.

Con el trabajo de Caraballo existía una serie de nuevos elementos para que los médicos en el área pudieran reconocer la presencia de la enfermedad. "En un primer momento, no reconocían la enfermedad por los síntomas que se asociaban con otros diagnósticos, pero la realización del estudio brindó componentes que permitían la identificación de la leptospirosis", es por ello que el descubrimiento representa un hito para la ciencia en el país, ya que en la entidad no se registraban datos concretos ni estudios de ningún tipo.

Ante esta investigación, el IVIC realizó la adquisición de un secuenciador de nueva generación, equipo tecnológico que permite la obtención en 48 horas, de la secuencia completa del genoma de una bacteria.

Los resultados de la secuenciación del genoma confirmaron las impresiones preliminares del equipo, mostrando que el ADN de la nueva cepa, aislada en humanos, vacas y ratas, tiene menos de 90% de identidad con las otras 23 especies de *Leptospira* conocidas. Con este análisis se demostró que esta nueva cepa cumplió con el criterio internacional para clasificarla como una nueva especie de *Leptospira*.⁴

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



El Líbano: El UNICEF hace un llamamiento de emergencia por brote de sarampión

7 de abril de 2018 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) emitió un llamamiento de urgencia por su incapacidad de respuesta ante un brote de sarampión en El Líbano, que registra 184 casos en lo que va del año.

El UNICEF da cuenta de que desde hace 25 años proporcionó vacunas gratuitas para todos los niños y ahora, por carencia de recursos, ve comprometida su tarea de inmunización general.

Según el Ministerio de Salud Pública libanés, hasta la fecha se informó de 184 enfermos, mientras que en todo el año pasado se detectaron 130.

Con el apoyo del UNICEF, la Organización Mundial de la Salud y otras entidades, las autoridades libanesas realizan campañas de inmunización en las zonas más afectadas e incluyen vacunas contra la poliomielitis.

Para responder al brote, los directivos del UNICEF necesitan unos cinco millones de dólares.

“Si no reaccionamos ahora, la epidemia se agudizará. Tenemos vacunas, pero con la tendencia a un incremento, hay que reponer existencias y garantizar inmunización para todos”, apuntó la representante del UNICEF en El Líbano, Tanya Chapuysat.

“Con los fondos actuales no se puede llegar a las zonas de mayor vulnerabilidad, y no podemos eliminar obstáculos que impiden la vacunación”, añadió.

El UNICEF llega este año a su 70º aniversario en la Nación de los Cedros y ofrece atención gratuita, aunque clínicas y centros privados de salud cobran por inmunizar a los menores.

El Líbano sufrió una epidemia de sarampión en 2013 con un registro de 1.760 casos, y desde entonces la población creció de manera considerable, lo cual genera mayor tensión en la atención médica.

Según el UNICEF, la pobreza en aumento y el empeoramiento de las condiciones de vida constituyen las razones probables de la actual propagación.



España, Euskadi: Contraen fiebre Q dos empleados de una planta de tratamiento de residuos

8 de abril de 2018 – Fuente: Deia (España)

Los trabajadores de la planta de Tratamiento Mecánico Biológico (TMB) del monte Arraiz vuelven a revivir la experiencia de 2014 en la que un brote de fiebre Q enfermó a 49 personas. Cinco años después, al menos dos empleados están infectados por la bacteria *Coxiella burnetii*, que suele propagarse a través de los tejidos placentarios o fetales de animales muertos como vacas, ovejas y cabras. Además de los dos casos confirmados, otros tres trabajadores de la planta de tratamientos de residuos están pendientes del resultado de un segundo análisis que se les realizará en los próximos días.

A partir de mañana, toda la plantilla de la TMB, compuesta por 130 personas, será sometida a un control para saber si están infectados de la bacteria o disponen de los anticuerpos necesarios para protegerse. Las dos personas con fiebre Q infectadas no trabajaban hace siete años en la planta cuando se produjo el primer caso. La alarma saltó antes de Semana Santa cuando varios trabajadores comenzaron a presentar los síntomas habituales de la fiebre Q. Fue en ese momento cuando el Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales (OSALAN) puso en marcha el protocolo para estos casos.

Por el momento solo se ha limpiado la cabina de triaje y el 10 de abril expertos de OSALAN tienen previsto tomar muestras de diferentes puntos de la empresa. En función de los resultados que arrojen esas muestras, los técnicos marcarán las pautas para la limpieza o en su caso desinfección de las áreas que pudieran estar infectadas con la bacteria de origen animal. Hace siete años el brote de fiebre Q obligó a interrumpir la actividad varios meses. En aquella ocasión se tuvo que vaciar el foso y los túneles. Toda la empresa tuvo que ser sometida a una exhaustiva desinfección para erradicar la bacteria *C. burnetii*.

La fiebre Q puede ser aguda o crónica. La forma aguda ocasiona enfermedad febril que a menudo afecta el aparato respiratorio, aunque a veces compromete el hígado.⁵

⁵ La fiebre Q es una zoonosis de distribución universal que afecta a diversas especies animales, especialmente rumiantes, y de modo accidental al hombre. Fue descrita por Derrick en 1937 y, ese mismo año, Burnet, Davis y Cox identificaron el microorganismo como una rickettsia a partir de tejidos de cobayos inoculados experimentalmente y la denominaron *Coxiella burnetii*. La infección suele ser asintomática, pero se describen formas sintomáticas muy polimórficas e inespecíficas, de carácter agudo, que progresan favorablemente, junto con un número de casos que derivan en formas crónicas con afectación cardíaca, complicaciones y evolución fatal en ausencia de tratamiento. La sospecha y orientación clínica correctas, la necesidad de estudios complementarios de las funciones cardíaca y hepática, así como el correcto diagnóstico microbiológico constituyen un reto para el manejo adecuado de estos pacientes.

C. burnetii es un bacilo gramnegativo de pequeño tamaño (0,3-1,0 µm). Se le clasificó como miembro de la familia *Rickettsiaceae*, pero estudios recientes han demostrado que pertenece al grupo gamma de proteobacterias.

La presentación clínica y evolución de la enfermedad dependen de diversos factores del huésped, particularmente el estado inmunitario de los pacientes. También son importantes el tamaño del inóculo, la vía de contagio de la infección e, incluso, el estado hormonal. La respuesta inmunológica y las manifestaciones clínicas de la fiebre Q son comparables a las de otras especies de microorganismos intracelulares.

Un estudio europeo concluyó en que la edad sería un factor que condicionaría la probabilidad de infectarse por el VIH o de transmitirlo en hombres que practican sexo con hombres (HSH). Los HSH jóvenes tendrían una mayor probabilidad de infectarse tras mantener relaciones con hombres de mayor edad, mientras que los mayores de 40 años seronegativos adquirirían el VIH con mayor probabilidad de hombres más jóvenes que ellos.

Diversos estudios han apuntado a la importancia de las diferencias de edad en la cadena de transmisión del VIH en distintas áreas geográficas. Existe la lógica intuitiva de que, como el riesgo de adquirir el VIH aumenta con la edad, para los más jóvenes el riesgo de adquirir el VIH será más elevado si realizan prácticas sexuales sin protección con personas de mayor edad que si las realizan con personas de edades más cercanas a la suya. Sin embargo, la complejidad de las relaciones humanas hace que este tipo de razonamientos no siempre se cumplan.

El estudio BEEHIVE (siglas de 'Conectando la evolución con la epidemiología del VIH en Europa') es una investigación genética de la que forman parte 7 cohortes de personas con el VIH de seis países europeos. Su objetivo principal es investigar las diferencias en términos de virulencia entre diferentes cepas del VIH. Sin embargo, el estudio lleva acumuladas suficientes muestras como para establecer posibles cadenas de transmisión dentro de las cohortes e incluso la dirección (es decir, entre las personas con virus relacionados –entre las que se estima se ha producido la transmisión del virus–, permite saber cuál de las dos lo adquirió en primer lugar).

Un total de 2.811 muestras de VIH fueron analizadas y se establecieron parejas de transmisión, en las cuales las dos poblaciones de VIH compartían, al menos, 66% de unas secuencias del VIH seleccionadas por los investigadores y en las que, como mínimo, 50% de dichas secuencias sugerían una dirección de transmisión. Las muestras provenían de Bélgica, Francia, Alemania, Países Bajos, Suiza y Gran Bretaña.

Finalmente, en 167 de las muestras se establecieron parejas de transmisión y en 148 de ellas había disponibles datos relativos a la edad. De ellas, 111 eran de parejas de sexo masculino en las que la transmisión sexual era la vía

res, como *Mycobacterium leprae* o *Leishmania* spp. En pacientes inmunodeprimidos y con afectaciones en las válvulas cardíacas, puede no ser posible el control de la infección y producirse entonces la cronificación de la misma, sin que se observe una respuesta inmunitaria celular pero sí altos niveles de anticuerpos. En estos casos, las biopsias de las muestras contienen un gran número de microorganismos.

C. burnetii es una zoonosis ubicua transmisible al ser humano, que se ha identificado en artrópodos, peces, pájaros, roedores, marsupiales y diferentes tipos de ganado. En todo el mundo, los reservorios animales más frecuentes son las vacas, ovejas y cabras. Otros animales domésticos o peridomésticos pueden estar infectados por *C. burnetii*, incluidos los caballos, cerdos, camellos, conejos, perros y gatos. Estos últimos pueden explicar la aparición de epidemias urbanas. Los mamíferos infectados eliminan el microorganismo resistente a la desecación en la orina, heces, leche y, especialmente, a través de los productos relacionados con el parto, ya que en la placenta de los animales infectados se encuentran altas concentraciones de bacterias. Durante la gestación se puede producir la reactivación de la infección, observándose un incremento en el número de abortos en cabras y, con menos frecuencia, en ovejas, así como problemas en la reproducción del ganado vacuno.

La infección en el hombre ocurre con mayor frecuencia como resultado de la inhalación de pseudoesporas, con afectación de células alveolares y diseminación sanguínea; se admiten otras vías de contagio, como la ingestión de productos lácteos crudos contaminados, la exposición profesional y manipulación de animales contaminados y, esporádicamente, la transfusión de sangre infectada o por vía transplacentaria, que produce infecciones congénitas. Las garrapatas pueden transmitir este microorganismo a los mamíferos domésticos, pero no se ha documentado la transmisión al hombre por estos artrópodos. Excepcionalmente, se ha documentado la transmisión interhumana.

La enfermedad presenta una amplia distribución geográfica y una prevalencia heterogénea, registrándose el mayor número de casos en primavera y verano. Se presenta en todas las edades, pero es más frecuente en los adultos. Estudios serológicos han mostrado una notable diversidad en los donantes de sangre según el área geográfica (18,3% en Marruecos; 26% en Turquía; 44% en Nigeria; 14,6-36,6% en Canadá). Se han documentado epidemias importantes de fiebre Q en Suiza, Gran Bretaña, Alemania y Francia. En España, donde la enfermedad es endémica, se observa una diversidad similar, ya que en Andalucía se diagnosticó fiebre Q en 30% de los pacientes ingresados por fiebre de más de 7 días, mientras que, en Euskadi, hasta 60% de los casos de neumonías contraídas en esta comunidad se atribuyeron a una infección por *C. burnetii*.

Tras la exposición y un período de incubación de 10-17 días, *C. burnetii* produce una infección que puede ser inaparente o asintomática (54-60%), aguda (40%) o crónica (1-5%). La infección aguda, caracterizada por su polimorfismo, presenta manifestaciones clínicas que dependen de la puerta de entrada del patógeno; cursa con mayor frecuencia como un cuadro de neumonía con fiebre elevada (40 °C), distrés respiratorio agudo y hallazgos radiográficos inespecíficos, similares a los descritos para las neumonías víricas o las neumonías por *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydophila pneumoniae*. También se han referido otras formas de presentación: hepatitis aguda; afectación cardíaca con pericarditis y miocarditis, que puede ser fatal; meningoencefalitis; síndrome de Guillain-Barré; síndrome de Miller-Fisher; y otras menos frecuentes, como anemia hemolítica, tiroiditis, pancreatitis, neuritis óptica, mononeuritis y oligoartritis. En general, las formas agudas siguen un curso benigno con resolución en 10-15 días, y sólo un número limitado de pacientes (2-5%) requiere hospitalización.

En la fiebre Q crónica, la manifestación clínica más frecuente es la endocarditis, que se diagnostica, casi exclusivamente, en pacientes con una afectación valvular previa, en pacientes trasplantados y en pacientes inmunodeprimidos. La fiebre está ausente o es baja, con remisiones espontáneas. Puede aparecer como una erupción purpúrica, insuficiencia renal y fallo cardíaco, y encontrar hepatomegalia y esplenomegalia unidas a disfunción valvular. La fiebre Q crónica, cuyo diagnóstico normalmente se retrasa de 12 a 24 meses debido a que esta entidad raramente se tiene en consideración, constituye un problema grave, si se tiene en cuenta que algunas formas crónicas pueden llegar a ser letales. La afectación pulmonar es rara, aunque se han descrito casos de fibrosis pulmonar crónica en algunos pacientes años después de haber padecido neumonitis por fiebre Q aguda.

El tratamiento de la fiebre Q aguda consiste en administrar doxiciclina, 200 mg/día, durante 15-21 días. En la meningoencefalitis, se considera eficaz un tratamiento con fluoroquinolonas. En la hepatitis por fiebre Q, se aconseja administrar prednisona, 40 mg/día, durante 7 días. La fiebre Q crónica debe tratarse con al menos dos antibióticos; se propone la combinación de doxiciclina y ciprofloxacino de manera prolongada (2-3 años).

más probable de infección. En 106 de dichas 111 muestras se pudo establecer la dirección de la transmisión del virus.

La media de la edad en el momento de la infección era de 35,6 años entre las muestras "fuente" (las que habían transmitido el virus) y de 36,9 años en las muestras "receptoras" (las que se habían infectado). Este hecho ya condicionaba la lógica antes comentada de que las personas jóvenes se infectan de aquellas de mayor edad, pero los investigadores decidieron profundizar en el análisis.

En 57% de los casos quien se infectó era mayor que la pareja de la cual adquirió el VIH, con una diferencia promedio de 2,16 años. Sin embargo, esta situación no se daba en hombres menores de 30 años que se habían infectado, que en promedio eran 9 años más jóvenes que aquellos de los que habían adquirido el virus.

Se observó un incremento constante en la probabilidad de que la persona "fuente" fuera la más joven a medida que se incrementaba la edad de las personas. Así, por cada año que se incrementaba en la persona "receptora", la edad de su "fuente" solo se incrementaba en 0,28 años.

Cuando el "receptor" era menor de 25 años, su "fuente" era –en promedio– 10 años mayor; si el receptor tenía 25-29 años su "fuente" era ocho años mayor y si el "receptor" tenía 30-34 años, la diferencia promedio de edad con su "fuente" era ya de solo 5 años.

En el segmento de edad 35-39 años, la diferencia entre "fuente" y "receptor" era, en promedio, cero y a partir de esa edad la edad del "receptor" era –en promedio– mayor que la de su "fuente" (de dos años en el segmento 40-44 años y de 11 años en "receptores" mayores de 45 años). Cabe destacar que algunos de los participantes se habían infectado con edades cercanas a los 70 años.

A partir de estos datos se estableció que 92% de los menores de 25 años adquirirían el VIH de hombres más mayores que ellos y que entre quienes tenían entre 25 y 29 años dicho porcentaje ya descendía hasta 51%.

El 52% de los hombres de entre 40 y 44 años adquirirían el VIH de hombres más jóvenes que ellos y en mayores de 45 años dicho porcentaje era de 71%.

El cambio de tendencia entre adquirir el VIH de hombres más mayores a adquirirlo de hombres más jóvenes se estableció en los 38,4 años.

Los investigadores señalaron que el hecho de que los jóvenes adquieran el VIH de hombres más mayores que ellos era esperable (hay más hombres mayores que ellos con el VIH que hombres con el VIH de su edad o menores). Respecto a por qué los hombres mayores se infectan de los más jóvenes, concluyen que ello se debe a que los HSH con el VIH de mayor edad tienen una mayor probabilidad de estar diagnosticados, en tratamiento efectivo y, por lo tanto, de no poder transmitir el VIH.

Los resultados del presente estudio deberían tener implicaciones en las políticas de prevención: mientras en aquellos hombres de alrededor de los 30 años las medidas preventivas más eficientes serían el diagnóstico precoz y el tratamiento, en aquellos más jóvenes o de edades más avanzadas la profilaxis preexposición podría jugar un papel importante.



Guinea: La enfermedad por el virus del Ébola desnudó los fallos de la sanidad, pero ayudó a resolverlos

8 de abril de 2018 – Fuente: EFE

La epidemia de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), que dejó 11.000 muertos en la región del África Occidental (Guinea, Liberia y Sierra Leona) entre 2014 y 2016, permitió extraer una serie de lecciones para mejorar y optimizar los sistemas sanitarios al menos en Guinea, gracias a la implicación de sus socios internacionales.

Esta semana, una delegación de europarlamentarios y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) visitó Conakry para pasar revista a los principales pilares del sistema sanitario y certificar los cambios introducidos en el país.

"Tras ver los resultados, creo que el país y el gobierno, junto a las ONG y de la delegación de la Unión Europea, están haciendo un buen trabajo: dos años después de la crisis de la EVE puedo decir que hemos aprendido lecciones y ese será nuestro mensaje al Parlamento Europeo", dijo el jefe de la delegación, Norbert Neuser.

Neuser encabeza la delegación del Parlamento europeo, compuesta además por la alemana Maria Noichl y el polaco Adam Stanislaw Szejnfeld, llegados con el fin de evaluar los programas financiados por la Unión Europea.

La EVE puso en evidencia los grandes fallos del sistema sanitario guineano: pobre presupuesto estatal dedicado al sector de la salud (1,98% del presupuesto total en 2012), baja cantidad de personal sanitario entre médicos y enfermeros (3,59 cada 100.000 habitantes), poca disponibilidad de medicamentos y equipos y deficientes sistemas de detección de riesgos.

"En el último brote tardamos tres meses y medio en darnos cuenta de que teníamos la EVE en el país", reconoció el director de la Agencia Nacional de Seguridad Social (ANSS, creada recién en 2016), Sakoba Keïta, empeñado ahora en lograr un rápido sistema de detección y notificación.

La EVE obligó a cerrar 6% de la infraestructura hospitalaria por, entre otras cosas, la muerte de 115 médicos y paramédicos por la epidemia en 2015. "Cuanto más escasos e inapropiados sean los recursos humanos, más extendida y peligrosa será la epidemia", razonó por su parte el jefe de la Oficina de Estrategias y Desarrollo en el Ministerio de Sanidad, Kaba Abdoulaye.

Gracias a la solidaridad mundial y a una estrategia coordinada desde el gobierno, las cifras han dado ahora un vuelco: el presupuesto estatal de sanidad casi se cuadruplicó (7,4% del estatal en 2017), el personal sanitario aumentó en 120% y se han construido 27 hospitales y centros de salud en todo el país, además de tres laboratorios.

Otro ejemplo: la Farmacia Central de Guinea recibió el pasado noviembre lotes de medicamentos por valor de 2,83 millones de dólares, lo que le va a permitir garantizar la disponibilidad de medicamentos en todas las estructuras sanitarias públicas del país.

Precisamente estos lotes han llegado gracias al Programa de Apoyo a la Salud en Guinea (PASA) ideado y financiado por la Unión Europea para el periodo 2015-2023, reforzado después por otros dos programas europeos que totalizan un presupuesto de 142 millones de dólares.

En su visita al Hospital 'Ignace Deen', la delegación europea se encontró, sin embargo, con que las necesidades distan mucho de estar totalmente cubiertas: el director del hospital, Mohamed Awad, les solicitó ayuda para adquirir nuevos equipos médicos "aunque sean de segunda mano".

Este hospital es el más antiguo de la capital, cuenta con una plantilla de 400 profesionales (con salarios mensuales de entre 250 y 430 dólares), recibió en 2017 un total de 8.749 pacientes y una gran parte de su presupuesto viene de las donaciones internacionales.

Y más allá del sector de la sanidad, hay otros ámbitos asociados donde quedan todavía "grandes lagunas por resolver", en palabras del eurodiputado Szejnfeld, como la protección ambiental o la recolección de residuos.

La Unión Europea está financiando, de hecho, un proyecto de Profesionalización de la Gestión de Residuos Sólidos, más un Programa de Desarrollo y Saneamiento Urbano en Conakry, dos ámbitos en que las consecuencias sobre el sector salud son inmediatas.

Una de las cosas que más llama la atención al llegar a Conakry es la cantidad de basuras acumuladas en sus calles: sus dos millones producen 3.000 toneladas diarias de residuos sin que exista un sistema formal y organizado de recolección.



Crisis de la tuberculosis: soluciones desaprovechadas

6 de abril de 2018 – Fuente: Médicos Sin Fronteras

En una era de innovación tecnológica acelerada, es una vergüenza que casi dos millones de personas vayan a morir de tuberculosis este año porque son demasiado pobres para costearse el tratamiento. Lo cierto es que la tuberculosis sigue cobrándose vidas por una sencilla razón: la indiferencia.

Indiferencia que deriva de la mortal ilusión de que la tuberculosis es una enfermedad del pasado; una ilusión que se mantiene, aunque en 2016 la contrajeron 10,4 millones de personas. En general, los pacientes de tuberculosis no tienen cómo llamar la atención del mundo. Si bien la enfermedad puede afectar a cualquiera, es mucho más frecuente en poblaciones marginadas y vulnerables, por ejemplo campos de refugiados, asentamientos pobres y prisiones.

Otra ilusión es creer que siempre hay tratamientos para la tuberculosis (que muta todo el tiempo). Pero existe una amenaza grave, la tuberculosis multirresistente a fármacos (TB-MR), que algunos llaman 'ébola con alas': las tasas de mortalidad de ambos patógenos son similares, pero la TB-MR se transmite por vía aérea y se difunde más fácilmente.

El tratamiento actual para la TB-MR incluye un régimen de hasta dos años de administración de fármacos tóxicos (que en algunos casos exigen dolorosas inyecciones diarias).

Las opciones de tratamiento para la tuberculosis casi no han cambiado en décadas. Las líneas de investigación y desarrollo para el VIH/sida y la hepatitis C siguen produciendo resultados, pero la de la tuberculosis está muy rezagada.

Y la historia no termina aquí.

Los últimos cuatro años pudieron ser un tiempo de revolución en el tratamiento de la tuberculosis. Tras 50 años sin que se desarrollara ningún fármaco nuevo, en un breve lapso se aprobaron dos: la bedaquilina y la delamanida. Tendría que haber sido un momento histórico en la lucha contra la tuberculosis, especialmente para los pacientes afectados por cepas resistentes.

Era esperable ver a una amplia coalición de autoridades sanitarias, proveedores de atención médica, organismos de estandarización, aseguradoras y fabricantes lanzarse a la tarea de ayudar a los pacientes más necesitados de estos medicamentos nuevos.

Pero no hubo tal respuesta.

En vez de eso, los fármacos nuevos terminaron en su mayoría juntando polvo en los anaqueles. Desde que se aprobó su uso, apenas 5% de los pacientes necesitados pudieron aprovecharlos. Las últimas cifras correspondientes a la delamanida, en particular, son asombrosas: después de cuatro años, en todo el mundo han recibido tratamiento con este fármaco apenas 1.247 pacientes.

Muchos de esos pacientes recibieron tratamiento en los programas de Médicos Sin Fronteras (MSF), y en países donde MSF y Partners in Health vienen impulsando el registro y la adopción de medicamentos nuevos.

Con apoyo de Unitaid (una organización que canaliza fondos procedentes de un inocuo impuesto a las aerolíneas hacia la solución de problemas sanitarios desatendidos que afectan a los pobres), MSF lanzó la iniciativa endTB

(‘Acabar con la tuberculosis’, en inglés), que busca acelerar el uso de medicamentos nuevos en 17 países que enfrentan epidemias de esta enfermedad.

Es lamentable que organizaciones no gubernamentales deban impulsar el uso de los nuevos fármacos disponibles, en lugar de hacerlo los gobiernos, las instituciones académicas y las empresas farmacéuticas.

MSF debió actuar porque los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis, escasos de fondos, suelen ser renuentes a adoptar tratamientos nuevos, y porque los fabricantes farmacéuticos tienen pocos incentivos para comercializar sus productos en países más pobres.

Los datos que ha reunido MSF hasta el momento indican que el uso de los nuevos fármacos hace más probable, y a menudo acelera, la recuperación de pacientes con tuberculosis refractaria.

Dada la magnitud de la crisis global, el trabajo de endTB es una gota en el océano. Pero muestra por contraste el fracaso general frente al problema: una asombrosa falta de voluntad política, de imaginación y de sentido de urgencia, que deja a millones morir ante los ojos de nuestra generación.

En septiembre de este año, la Organización de Naciones Unidas (ONU) celebrará la primera reunión de alto nivel sobre la crisis de tuberculosis. Los estados miembros de la ONU deben usar la ocasión para comprometerse a un aumento radical de la financiación de los programas de lucha contra la tuberculosis en todo el mundo y a reformar un modelo de investigación y desarrollo que resultó inadecuado.

De lo contrario, la fecha será recordada como una reunión más, que dejó a decenas de millones de personas sufriendo en las garras de la infección más mortal del mundo.

En concreto, son necesarias formas más sencillas, veloces y baratas de diagnosticar y tratar la tuberculosis, especialmente en contextos remotos y empobrecidos. Se necesitan mejores herramientas, en primer lugar para prevenir las infecciones, y para eliminar las infecciones latentes antes de que nos eliminen a nosotros.

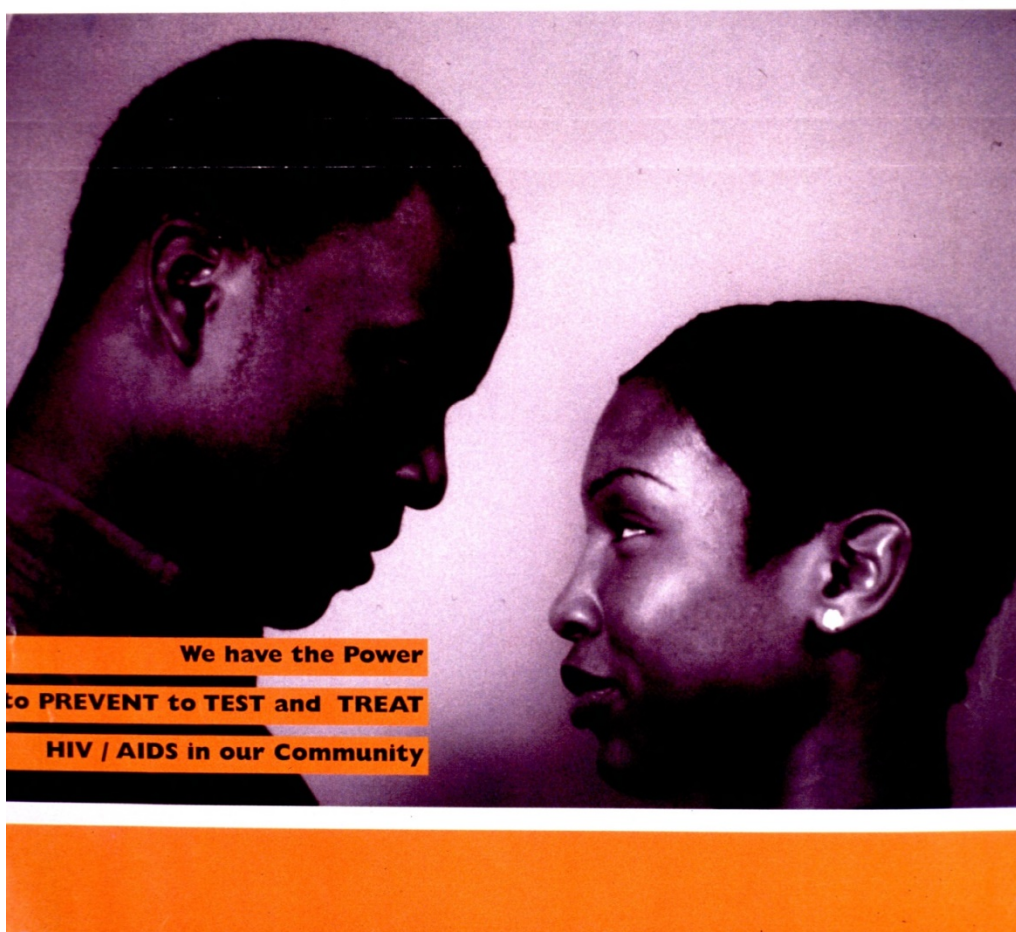
Y por supuesto, se necesita una sólida línea de desarrollo de fármacos para atacar la tuberculosis y sus formas resistentes.

En tanto, los gobiernos de países afectados por la tuberculosis deben usar las herramientas que ya hay, por ejemplo, procurar que tratamientos nuevos como la bedaquilina y la delamanida estén al alcance de quienes los necesitan.

Una reunión de la ONU es una oportunidad excelente para hacer avances; no resolverá la crisis de un día para el otro, pero ofrece una ocasión para elevar por fin la tuberculosis a la categoría de “emergencia de salud pública de importancia internacional” de la Organización Mundial de la Salud, como se hizo tras los brotes de enfermedad por el virus del Ébola y de fiebre zika.

Los expertos médicos conocen bien la urgencia de la crisis de tuberculosis, como también la conocen los pacientes y sus familias. Los tratamientos estándar pierden eficacia día a día, y millones de personas se contagian y enferman en silencio.

En pleno siglo XXI, debería avergonzarnos profundamente.



Community Marketing Concepts (2000. Brooklyn, 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.