



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.

2.106

8 de octubre 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.)

Javier Casellas (Arg.)

Isabel Cassetti (Arg.)

Arnaldo Casiró (Arg.)

Ana Ceballos (Arg.)

Sergio Cimerman (Bra.)

Fanch Dubois (Fra.)

Milagros Ferreyra (Fra.)

Salvador García Jiménez (Gua.)

Ángela Gentile (Arg.)

Ezequiel Klimovsky (Arg.)

Susana Lloveras (Arg.)

Gustavo Lopardo (Arg.)

Eduardo López (Arg.)

Tomás Orduna (Arg.)

Dominique Peyramond (Fra.)

Daniel Pryluka (Arg.)

Fernando Riera (Arg.)

Charlotte Russ (Arg.)

Horacio Salomón (Arg.)

Eduardo Savio (Uru.)

Daniel Stecher (Arg.)

Carla Vizzotti (Arg.)

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

Noticias

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

Argentina

• Vigilancia de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes*

• Buenos Aires: Nuevo caso de sarampión

América

• Chile: Advierten de un aumento en los casos de tuberculosis

• Estados Unidos: Recomiendan el cribado universal del VHC en las mujeres embarazadas

• Estados Unidos: Dan por finalizado un brote de infecciones por *Vibrio parahaemolyticus* vinculado a carne de cangrejo importada

• Jamaica: Las papas presentan niveles peligrosos de cadmio

• México: La parotiditis está afectando más a los mayores de 20 años

• México, Durango: Reportan una muerte por rabia después de 26 años

• Perú, Cusco: Una ley prohíbe la difusión de medidas preventivas y la campaña de vacunación contra el sarampión

El mundo

• Alemania, Berlín: Un caso de meningitis en un club de sexo obligó a emitir una alerta sanitaria

• Australia: La vacuna contra el VPH podría ayudar a eliminar el cáncer cervical en las próximas dos décadas

• Europa: Los casos de fiebre del Nilo Occidental de 2018 superan el total de los cinco años anteriores

• Papúa Nueva Guinea: A 100 días de la declaración de emergencia por poliomielitis derivada de la vacuna

• República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

• República Democrática del Congo, Boende: Cuatro de cada 10 profesionales de la salud son seropositivos para el virus del Ébola después de un brote

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.sadi.org.ar/

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica

www.sadip.net/

Asociación Parasitológica Argentina

www.apargentina.org.ar/

Vigilancia de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes*

28 de septiembre de 2018 – Boletín Integrado de Vigilancia – Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud (Argentina)

Introducción

El presente informe fue elaborado con la colaboración de los servicios de Bacteriología Especial y de Antimicrobianos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS), Laboratorios Nacionales de Referencia para *Streptococcus pyogenes* y para el análisis de la resistencia a los antimicrobianos, respectivamente.

En las últimas décadas, se ha observado un incremento global de las infecciones invasivas por *S. pyogenes* en Europa y Norteamérica, pero la causa no ha sido determinada. Esta carga de enfermedad se supone más alta en países en desarrollo, especialmente debido a fiebre reumática y sus secuelas.

En Europa, la incidencia anual es de 2,79 casos cada 100.000 habitantes, con una incidencia pediátrica estimada de 0,12-3,1 cada 100.000 niños. La mortalidad pediátrica es de 3,6-8,3%, pero en su forma más grave, el síndrome de shock tóxico estreptocócico (STSS), puede alcanzar a 30%.

En Estados Unidos, en la población general, se estiman anualmente de 10.000 a 13.000 casos de infección severa o invasiva por *S. pyogenes*, de los cuales alrededor de 1.600 fallecen por esta causa (tasa de letalidad=10%).

Para ambos grupos de edades, se trata de un evento con estacionalidad, registrándose 90% de los casos graves durante los meses de invierno e inicios de la primavera.

Respecto de los factores de riesgo asociados a infección invasiva, el antecedente de varicela, traumatismos, eczemas e impétigos son los más frecuentemente identificados.

Para todas las edades, la identificación de los serotipos M1y M3 de *S. pyogenes* se asocia a una mayor gravedad.

En Argentina, en base a datos aportados por el Laboratorio Nacional de Referencia en infección invasiva por *S. pyogenes* en la población general, los serotipos prevalentes durante el período 2000-2016 fueron M12, M1, y M. A partir del año 2017 se observó un incremento del aislamiento de serotipo M3, principalmente en población pediátrica, y no se registraron resistencias antimicrobianas específicas.

Situación nacional

A partir de la semana epidemiológica (SE) 37 se incorpora al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) el evento 'Infección invasiva por *Streptococcus pyogenes* o *Streptococcus* β-hemolítico del grupo A (SGA)'. Desde ese momento y hasta el 28 de septiembre, se notificaron al SNVS 28 casos confirmados, con 10 fallecidos. Si bien los casos comenzaron a notificarse a partir de la SE 37, se registran en el sistema casos ocurridos en semanas previas, notificados de manera retrospectiva.

La edad de los casos notificados varía entre 1 mes y 85 años. Catorce de los casos (50%) corresponde a pacientes de menos de 6 años de edad; en tanto, 9 casos (32,14%) tenían entre 6 y 12 años de edad, y 5 casos (17,86%) eran mayores de 12 años. Cinco casos corresponden a adultos. La distribución por sexo muestra un ligero predominio de casos de sexo masculino: 16 casos (57,14%).

La presentación clínica más frecuente entre los casos fue la neumonía (9 casos), seguida por fiebre sin foco (5), shock séptico (5), sepsis (4) y fascitis necrotizante (1); en 4 casos no se tienen datos.

Nueve de los casos consignan antecedentes de enfermedad actual, cuatro de los cuales presentaron cuadros compatibles con infección respiratoria aguda viral, cinco lesiones en piel, dos varicela y uno escarlatina. En cuatro de los casos se registraron coinfecciones: tres con Influenza y Adenovirus y uno con Metapneumovirus.

Hasta el momento, los aislamientos procesados corresponden mayormente al clon *emm1.0*-ST 28, no evidenciándose hasta la fecha patrones de mayor virulencia en las cepas, siendo sensibles a todos los antibióticos estudiados.

Vigilancia de Infecciones Invasivas por *Streptococcus pyogenes*

Las formas no invasivas de infecciones por *S. pyogenes* (anginas, escarlatina o infecciones cutáneas superficiales o impétigo) no son eventos de notificación obligatoria, porque son consideradas enfermedades frecuentes que no constituyen en sí riesgos para la salud pública y cuyas medidas de control se restringen al ámbito de la atención adecuada de los casos y no a medidas de prevención y control de índole poblacional. Ante la presentación en la SE 36 de un número de casos de enfermedad invasiva por *S. pyogenes*, en un mismo lugar y tiempo, con evolución tórpida, con afectación de la población infantil, el SNVS se adecuó para recoger la información detallada sobre estos y otros casos que estén ocurriendo en el país, con el propósito de profundizar la caracterización de los casos.

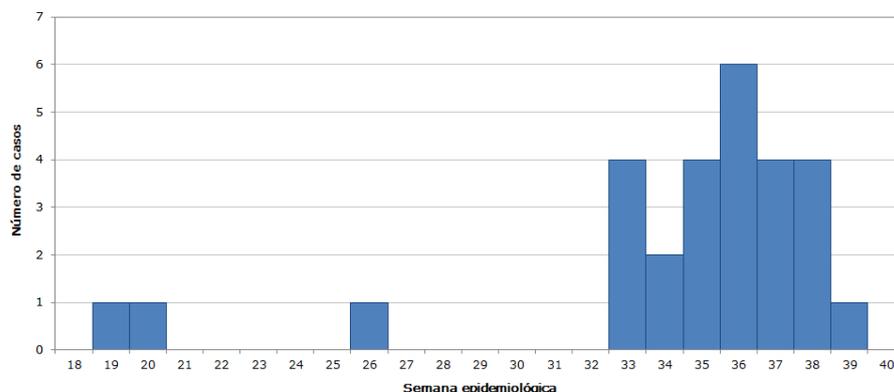


Gráfico 1. Casos confirmados, según semana epidemiológica de ocurrencia. Argentina. Año 2018, semanas epidemiológicas 18 a 40. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina.

A partir de ese momento, las infecciones invasivas por *S. pyogenes* deben notificarse al SNVS.

Según la presentación clínica, los casos deben notificarse en la modalidad nominal en alguno de estos tres eventos nominales:

- Infección respiratoria aguda bacteriana, consignando en la clasificación el agente etiológico.
- Meningoencefalitis, consignando en la clasificación el agente etiológico.
- Otras infecciones invasivas.

Las muestras tomadas en los laboratorios institucionales con identificación de *S. pyogenes* deben derivarse al servicio de Bacteriología Especial (INEI-ANLIS) el cual confirmará identificación y determinación del tipo M y derivará los mismos al servicio Antimicrobianos (INEI-ANLIS), para estudios de resistencia antimicrobiana.

Consideraciones finales

Desde la implementación de la vigilancia en la SE 37 se está monitoreando y analizando la información por parte de todas las jurisdicciones, evidenciándose que, hasta la fecha, los casos reportados no tienen nexo epidemiológico entre ellos.

Sumado a ello, el servicio de Bacteriología Especial, Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS se encuentra realizando la subtipificación y genotipificación por secuenciación de genoma completo de las cepas remitidas. Hasta el momento los aislamientos procesados corresponden mayormente al clon *emm1.0-ST 28*, no evidenciándose hasta la fecha patrones de mayor virulencia en las cepas, siendo sensibles a todos los antibióticos estudiados.

Por otra parte, el retraso del pico estacional de virus Influenza que se observa este año, coincidiendo con el final del invierno (cuando habitualmente ocurre en los meses de junio y julio) puede configurar una situación epidemiológica propicia para la sobreinfección bacteriana de las infecciones respiratorias agudas virales, actuando como un factor predisponente para el desarrollo de neumonía por *S. pyogenes*. Por este motivo es importante recalcar las medidas de prevención y control tanto para el personal de salud como para la comunidad.

Recomendaciones

- Recomendaciones para el personal de salud
 - Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las infecciones invasivas por *S. pyogenes*.
 - Notificar todos los casos confirmados al SNVS (toda detección de *S. pyogenes* en sitios normalmente estériles).
 - Incluir en la notificación la información sobre la forma de presentación clínica, antecedentes de la enfermedad actual, comorbilidades y antecedentes epidemiológicos, así como las muestras analizadas, determinaciones y resultados obtenidos.
 - Derivar los aislamientos de infecciones invasivas (no se deben remitir aislamientos de sitios no estériles como hisopados de fauces) al Servicio de Bacteriología Especial del INEI-ANLIS, el cual confirmará identificación y determinación del tipo M y derivará los mismos al Servicio de Antimicrobianos (INEI-ANLIS), para estudios de resistencia antimicrobiana.
 - Tras el diagnóstico microbiológico, se debe instaurar tratamiento antibiótico apropiado.
 - Garantizar las medidas preventivas habituales dispuestas por el equipo de control de infecciones (respiratorias y/o de contacto según corresponda) a nivel institucional así como la adecuada higiene hospitalaria.
 - Todos los contactos estrechos de un caso de enfermedad invasiva por *S. pyogenes* deben ser informados de los signos y síntomas de la enfermedad.
 - Se aconsejará a los contactos de los casos que consulten rápidamente ante la aparición de síntomas: fiebre, dolor de garganta, dolor muscular localizado, o cualquier otra manifestación de infección por *S. pyogenes*.
- Recomendaciones para la comunidad:
 - Consultar rápidamente a un servicio de salud ante aparición de fiebre más dolor de garganta, sarpullido o lesiones en la piel.
 - Evitar la manipulación de alimentos durante el período de enfermedad o con heridas o infecciones en la piel.
 - En establecimientos que alberguen grupos de población vulnerable, promover y garantizar el cumplimiento de las prácticas de control de infecciones.
 - Mantener la higiene de las manos lavándose con agua y jabón.
 - Limpiar y ventilar todos los ambientes a diario.
- Recomendaciones para la comunidad educativa
 - Ante casos esporádicos o aislados en instituciones (escuelas, guarderías, etc.) no es necesario tomar medidas especiales.
 - Todo conglomerado de casos debe ser investigado para identificar la fuente y forma de diseminación.
 - Se debe promover y garantizar el lavado de manos frecuente (con agua y jabón o alcohol en gel).
 - En las instituciones con comedores, evitar la manipulación de alimentos durante el período de enfermedad o con heridas o infecciones en la piel.

Provincia/Región	Casos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5
Buenos Aires	15
Entre Ríos	1
Santa Fe	1
Centro	22
Mendoza	1
Cuyo	1
Misiones	1
NEA	1
Catamarca	3
NOA	3
Río Negro	1
Sur	1
Total Argentina	28

Tabla 1. Casos notificados, según provincia y región. Argentina. Año 2018, hasta semana epidemiológica 39. Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina.

- Ventilar todos los ambientes a diario.
- Mantener la limpieza y desinfección de las instalaciones en forma rutinaria. No es necesario utilizar ningún protocolo adicional.
- Promover la vacunación antigripal según calendario. Monitorear el ausentismo escolar. No es necesario el cierre de las instituciones escolares.
- En todos los casos
 - Se debe promover la vacunación antigripal en la población objetivo.
 - Las personas enfermas deben evitar concurrir a lugares públicos (trabajo, escuela) y restringir los contactos hogareños.
 - No automedicarse ni promover la automedicación. En el caso de recibir indicación médica de tratamiento antibiótico, completar el esquema (no acortar ni abandonar los tratamientos anticipadamente). La utilización inadecuada de los antibióticos promueve la resistencia bacteriana, hecho que atenta contra su efectividad en el futuro.



Buenos Aires: Nuevo caso de sarampión

4 de octubre de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Argentina)

El 4 de octubre se confirmó un nuevo caso de sarampión en la provincia de Buenos Aires, sumando un total de 12 casos confirmados en el país durante 2018. Ante esta situación y el contexto epidemiológico regional y global, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación instó a los equipos de salud a verificar el estado de vacunación de la población, sensibilizar la vigilancia epidemiológica de enfermedad febril exantemática, responder rápida y adecuadamente frente a la identificación de casos sospechosos e intensificar la vacunación en el contexto de la Campaña Nacional de Seguimiento.

Situación actual

Desde el inicio del corriente año se confirmaron 12 casos de sarampión en Argentina. Los primeros tres casos presentaron exantema entre la semana epidemiológica (SE) 11 y 13. Dos de éstos habían viajado a países con circulación viral y fueron clasificados como importados, mientras que el tercero fue un caso secundario a uno de los viajeros (caso relacionado a la importación). Los tres casos son residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Desde el 19 de julio (SE 29) se detectaron tres casos de sarampión en la CABA y seis en la provincia de Buenos Aires, con edades comprendidas entre 5 meses y 23 años. Cinco de los casos eran menores de 1 año. Ninguno de los nueve casos tenía registro de vacunación con componente sarampión. En siete de los casos se identificó el mismo genotipo y linaje (D8 Hulu Langat). Este difiere del hallado en los tres primeros casos de marzo. Se encuentran en investigación otros casos sospechosos.

Recomendaciones para el equipo de salud

- Verificar esquema de vacunación completo para la edad
 - De 12 meses a 4 años: deben acreditar una dosis de vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis).
 - Mayores de 5 años: deben acreditar dos dosis de vacuna con doble o triple viral después del primer año de vida.
 - Las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse porque son considerados inmunes.
- Vacunación intensificada en niños de 6 a 11 meses: se mantiene la recomendación de la aplicación de vacuna triple viral en forma extraordinaria para residentes de la CABA y la Región Sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires¹. Esta dosis (“dosis cero”) no deberá considerarse dentro de las dosis contempladas por calendario. Todos los lactantes vacunados en este contexto deberán recibir además la dosis correspondiente a los 12 meses de edad, según Calendario Nacional de Vacunación.²
- Intensificar la vigilancia epidemiológica de casos sospechosos de enfermedad febril exantemática.³

América



Chile: Advierten de un aumento en los casos de tuberculosis

6 de octubre de 2018 – Fuente: La Tercera (Chile)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el todo el mundo, afectando principalmente a los sectores más vulnerable de la sociedad.

Y si bien Chile mantiene una baja frecuencia de esta patología y una buena cobertura en la atención de los pacientes, en los últimos años no solo no se ha logrado disminuir los casos, sino que estos han registrado un aumento.

¹ Región Sanitaria VI: Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes, Florencia Varela, Berazategui, Ezeiza, Esteban Echeverría y Almirante Brown.

² Se encuentra en ejecución la Campaña Nacional de Seguimiento contra sarampión y rubéola: todos los niños de 13 meses a 4 años inclusive deben recibir una dosis adicional, gratuita y obligatoria de vacuna triple viral entre el 1 de octubre y el 30 de noviembre de 2018.

³ Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).

Así lo revela el último *Informe de Situación Epidemiológica y Operacional del Programa Nacional de Tuberculosis*, del Ministerio de Salud, que concluye que la morbilidad total de la enfermedad –es decir, los casos nuevos y recaídas– pasó de 14 casos cada 100.000 habitantes en 2016 a una tasa de 15,6 el año pasado. En tanto, la tasa de incidencia de esta patología –que considera solo casos nuevos– aumentó de 13,2 casos cada 100.000 habitantes en 2016 a 14,7 el año pasado, con 2.740 contagios.

Según la definición de la OMS, para ser calificado como un país con baja incidencia de tuberculosis, se debe alcanzar una tasa de 10 casos cada 100.000 habitantes o menos, por lo que Chile no alcanza esa categoría. De hecho, el año en que se alcanzaron los menores registros fue en 2014, con una tasa de 13,4 casos.

El informe identifica que la población masculina tiene una tasa 1,9 veces mayor que la femenina, correspondiente a 65% del total de casos. Además, se observa un aumento acelerado entre las personas de 25 a 34 años de edad, coincidiendo con el grupo donde, además, han crecido los contagios de VIH.

Este aumento se contrapone con las metas definidas por las autoridades para disminuir las cifras de incidencia y morbilidad de la tuberculosis, ya que, según explicó la subsecretaria de Salud Pública, Paula Graciela Daza Narbona, “lo que nos habíamos propuesto era en 2020 llegar a cinco casos cada 100.000 personas. Claramente esta cifra no la vamos a alcanzar, debido al estancamiento de la detección y el aumento en los casos”.

Objetivos

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, dispuestos por la Organización de las Naciones Unidas, fijan como meta poner fin a la epidemia mundial de la tuberculosis para 2030. Sin embargo, Daza explicó que como gobierno “estamos recién trabajando en la nueva estrategia nacional. Lo que queremos es bajar la cifra y llegar de aquí a 2020 a las tasas que teníamos históricamente”.

Según el informe, la tasa de morbilidad más alta del país se presenta en la Región de Tarapacá, seguida por Arica y Antofagasta: “El 68,5% de los casos de 2017 tiene al menos un factor de riesgo. Destaca la alta relevancia de la tuberculosis en personas extranjeras en las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Metropolitana y Arica”. En cuanto a este dato, Daza explicó que “más que por ser migrantes, es porque también están viviendo en una situación de vulnerabilidad. Muchos viven hacinados. Entonces, no podemos decir que el ser migrante derive en la potencialidad de la tuberculosis”.

Claudio Andrés Figueroa Gaete, académico del Departamento de Ciencias Biológicas y Químicas de la Universidad San Sebastián, explicó que “si hay una población donde la tuberculosis hace estragos y es una de las principales causas de muerte, son las personas que tienen infecciones activas por VIH, ya que no tienen un sistema inmunológico adecuado”. Por esto, a todas las personas que se les detecta la enfermedad se les aplica, además, el test del VIH.

La situación preocupa al gobierno y esperan poder atajar la enfermedad. Según explicó Daza, lo más importante es reforzar la pesquisa de forma precoz. “Cuando tenemos un caso, claramente hay que ir a pesquisar los casos de alrededor, porque esa persona va a contagiar”, dijo.

Por esto, se está capacitando a los médicos de Atención Primaria, para que busquen la tuberculosis en las personas que vayan por un cuadro de tos con flemas que dure más de dos semanas.

Figueroa añadió que “la gente cree que la tuberculosis es una patología que está erradicada, y lo que se debería hacer es informar a las personas sobre su existencia y los métodos de prevención. De esta forma, junto a una pesquisa temprana, podría bajar de manera importante la incidencia de la tuberculosis”.

Clinical Infectious Diseases

Estados Unidos: Recomiendan el cribado universal del VHC en las mujeres embarazadas

12 de septiembre de 2018 – Fuente: *Clinical Infectious Diseases*

Los cambios en la epidemiología de la hepatitis C justificarían la implementación del cribado universal del virus de la hepatitis C (VHC) en las mujeres embarazadas de Estados Unidos.

Durante la última década, se viene observando en Estados Unidos un aumento de los diagnósticos del VHC entre los jóvenes de etnia blanca usuarios de drogas en los estados de Indiana y Kentucky. Este incremento de los nuevos diagnósticos –asociado al potencial riesgo de transmisión de la hepatitis C– justificaría la necesidad de ampliar la actual política de cribado del VHC.

En un estudio llevado a cabo en 2017, se estimó que entre 1,25% y 1,63% de las mujeres embarazadas estaban infectadas por el VHC. El estudio concluyó que alrededor de 29.000 mujeres con el VHC daban a luz cada año y que 1.700 bebés nacían con la infección.

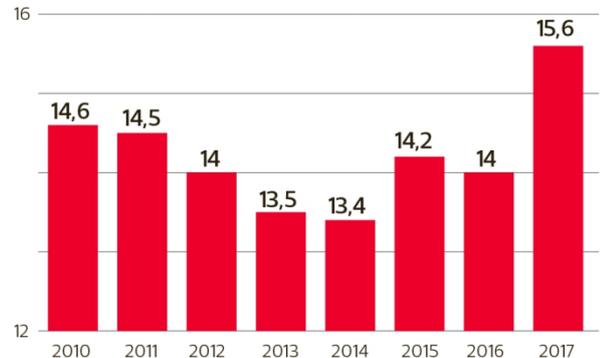


Gráfico 2. Tasa de morbilidad cada 100.000 habitantes. Chile. Años 2010/2017. Fuente. Ministerio de Salud de Chile.

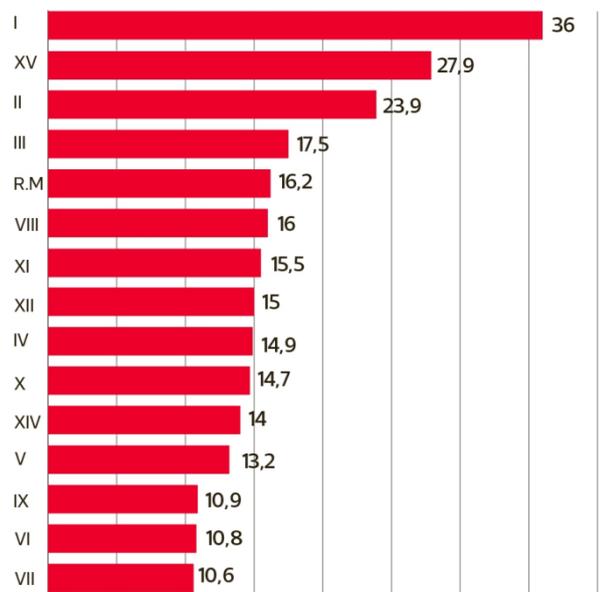


Gráfico 3. Tasa de morbilidad cada 100.000 habitantes, según región. Chile. Año 2017. Fuente. Ministerio de Salud de Chile.

Sin embargo, de acuerdo con las recomendaciones actuales establecidas por la Sociedad de Medicina Materno-Fetal junto con el Instituto Americano de Obstetricia y Ginecología, la realización sistemática del cribado del VHC en las mujeres embarazada no estaría justificada y solo se realizaría en aquellas gestantes con factores de riesgo tales como haber sido usuarias de drogas inyectables (UDI).

Al limitar el cribado a estos casos específicos, se están perdiendo muchas oportunidades para detectar otros casos de infección debido a que los profesionales sanitarios no preguntan acerca de los potenciales factores de riesgo del VHC y algunas mujeres embarazadas podrían no querer revelar información sobre el uso de drogas.

Las mujeres embarazadas tienen más probabilidades que otras personas de aceptar realizarse la prueba y seguir recibiendo atención debido a las preocupaciones por el estado de salud del futuro bebé. Además, es probable que un diagnóstico materno de la hepatitis C facilite el cribado de los lactantes expuestos al virus y de sus parejas.

Otro de los valores añadidos del diagnóstico durante el embarazo es la posibilidad de hacer modificaciones en la práctica obstétrica para evitar procedimientos invasivos que podrían aumentar el riesgo de transmisión vertical del VHC.

Además, dado que por protocolo durante el embarazo se extraen muestras de sangre para determinar el grupo sanguíneo y hacer el cribado de hepatitis B, rubéola y VIH, incluir la prueba de la hepatitis C no supondría una carga adicional para las mujeres embarazadas ni para el personal sanitario.

Los especialistas anticipan que implantar la prueba de la hepatitis C de manera universal resultaría costo-efectiva, ya que su prevalencia es mayor que la de otras infecciones, como el VIH, cuya prueba se incluye en el cribado durante el embarazo.

El motivo más importante para implantar el cribado universal es que las mujeres no pueden beneficiarse del tratamiento de la hepatitis C si previamente no han sido diagnosticadas. Si se produce un diagnóstico durante el embarazo, un régimen de tratamiento de ocho semanas de duración podría curar la hepatitis C y prevenir su transmisión vertical antes del parto. Por el momento, el uso de antivirales de acción directa durante el embarazo no está autorizado. Sin embargo, se está llevando a cabo un ensayo clínico que evalúa el uso de Harvoni® (ledipasvir/sofosbuvir) en mujeres embarazadas.

La mejor estrategia de salud pública para reducir la prevalencia e incidencia del VHC es la identificación y el tratamiento del mayor número posible de adultos jóvenes, con el fin de reducir el reservorio de personas con capacidad de infectar.⁴

Food Poisoning Bulletin

Estados Unidos: Dan por finalizado un brote de infecciones por *Vibrio parahaemolyticus* vinculado a carne de cangrejo importada

28 de septiembre de 2018 – Fuente: Food Poisoning Bulletin (Estados Unidos)

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos dio por finalizado un brote de infecciones por *Vibrio parahaemolyticus* vinculado a carne fresca de cangrejo importada de Venezuela. Hasta el 27 de septiembre de 2018, se notificaron 26 casos confirmados por laboratorio en siete estados y el Distrito de Columbia en personas que consumieron este producto. Nueve personas fueron hospitalizadas. Las fechas de inicio de la enfermedad variaron entre el 1 de abril y el 19 de julio de 2018.

El Manual para el Análisis de Bacterias de la FDA establece que “un producto procesado con calor no debe contener *V. parahaemolyticus* viable y, de ser así, lo que indicaría un problema importante en las prácticas de fabricación o la contaminación posterior al proceso”. El aviso indica que “los consumidores y restaurantes deben considerar la posibilidad de utilizar carne de cangrejo pasteurizada o recocer completamente (llevando a una temperatura interna de al menos 74°C) la carne fresca, especialmente para los platos que se sirven fríos”.

El cangrejo involucrado en este brote estaba etiquetado como “fresco” o “precocido”, y es un producto listo para el consumo.

Los aislamientos bacterianos en doce pacientes se analizaron mediante la secuenciación del genoma completo, y se confirmó que los doce están relacionados genéticamente entre sí, lo que significa que es probable que tengan una fuente común.

La FDA colaboró con los asociados estatales en la investigación, y se descubrió que había varios procesadores venezolanos que suministraban múltiples marcas de carne de cangrejo durante el brote. El rastreo no identificó a una sola empresa como la fuente de este brote.

A causa de este brote, la FDA aumentó los análisis a la carne fresca de cangrejo proveniente de Venezuela. Si bien no se encontró *Vibrio* sp. en ninguna de las muestras analizadas, sí se encontró *Salmonella* sp. y *Listeria monocytogenes* en algunas muestras. No se permitió el ingreso de esos productos al país.



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

La presencia de cadmio en las papas que comen diariamente miles de jamaicanos supera hasta en 50% los límites recomendados por la Organización Mundial de la Salud y, por tanto, significa un enorme riesgo para la salud humana en Jamaica.

La acumulación en el organismo de este elemento químico tóxico, considerado cancerígeno, provoca daños en riñones, huesos y sistema respiratorio. Las personas que desarrollan enfermedad renal, además, son 10 veces más propensas a tener enfermedad cardiovascular.

Por ello, este nuevo estudio exhorta a las autoridades a implementar una 'receta' para disminuir los niveles naturales de cadmio en el suelo antes de sembrar las papas.

La mayoría de las tierras de islas tienen este problema porque tienen suelos con alto contenido de cadmio debido a su origen.

Los resultados sugieren que la acumulación de cadmio en el tubérculo puede ser reducido aumentando ligeramente el pH de los suelos y la concentración de zinc. Un método factible de aumentar la concentración de zinc en el suelo es aplicando sulfato de zinc –considerada tradicionalmente como una fuente "confiable" de fertilizante de zinc– antes de la siembra.

Los resultados muestran hasta 90% de reducción en el cadmio bioacumulado cuando la acidez o pH del suelo aumenta de 5,5 a 7,0.

La técnica propuesta es incrementar la acidez o pH de la tierra así como la cantidad de zinc, para fijar el cadmio en el suelo y evitar así que las papas lo absorban.

El uso de estas "enmiendas orgánicas e inorgánicas" también ha demostrado algún grado de éxito para disminuir la presencia del cadmio en el suelo disponible para las plantas en otros cultivos, como el cacao en Ecuador.

Sin embargo, existe el problema de que la acumulación de zinc en el suelo podría conducir a la toxicidad por zinc. La cantidad de materia orgánica es baja en los suelos analizados de Jamaica, por lo que se sugiere más bien la adición de materia orgánica y la reducción de fertilizantes con fosfato, que pueden ser altos en cadmio.



Los investigadores eligieron la papa porque es uno de los alimentos básicos de Jamaica. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, el consumo per cápita anual de papas en Jamaica para 2018 es de 17 kilos.

Epicentro de interés global

Según el *Atlas de la Salud Global del Riñón 2017*, una de cada 10 personas en el mundo padece una enfermedad renal crónica, aunque hasta 90% de los afectados no es consciente de sufrir esta pérdida gradual de la función de sus riñones.

En Jamaica la situación empeora por la concentración elevada de este metal en sus suelos. Si bien este riesgo no ha sido provocado por malas prácticas agrícolas o industriales (como sí ocurre en otros

países), la población está muy expuesta a acumular cadmio en su organismo.

El riesgo es aún mayor en personas de escasos recursos que tienen una dieta pobre y no consumen suficiente hierro u otros elementos nutritivos, pues es probable que su cuerpo absorba más cadmio de la dieta.

Como en el resto de América Latina, la papa es parte de la dieta diaria del poblador de Jamaica, especialmente de las familias más humildes, que recurren a tubérculos para saciar su hambre. Siendo el suelo la principal variable de riesgo, otros cultivos podrían también tener altas concentraciones de cadmio.

Sería beneficioso observar los niveles de cadmio en otros productos, incluidos los vegetales y otros cultivos alimenticios. Los productos agroforestales como cacao y café también son importantes.⁶

En lo que va del año se han registrado casi 6.700 casos de parotiditis en México, de los cuales 300 corresponden a la ciudad de México, según estadísticas de la Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud federal, que contienen información hasta la semana 38 de este año.

El número de casos está dentro de lo esperado. Hay transmisión del virus, y la cobertura de la vacuna, que es muy efectiva, requiere refuerzo.

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

⁶ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).



A los mayores de 20 años, se recomienda revisar la cartilla de vacunación y, en caso de no tener la de parotiditis, aplicarse una dosis. Y si están en el área donde hay brotes y enfermos, se la pueden aplicar aunque tengan las dos dosis.

Además, se debe aislar a los pacientes y tener control de quienes están cerca del enfermo para saber si cuentan con la vacuna. Los menores de 20 años están protegidos con la inoculación, pero el grupo de 20 a 44 años es el más vulnerable y en donde se ha detectado el mayor incremento de casos.

Para prevenir la parotiditis se utiliza la vacuna triple viral –contra parotiditis, sarampión y rubéola–, de la que debe aplicarse una primera dosis al año de nacido y una segunda a los seis años. Esta vacuna se aplica en el país desde 1998. Los que tienen 20 años ya cuentan con por lo menos dos dosis, pero los mayores a esa edad nunca la han recibido. Tal vez por esta razón estén surgiendo estos brotes.

En Estados Unidos hubo alrededor de 75 brotes en diferentes universidades, con 3.664 casos, entre 2016 y 2017.

En México se reportan brotes en ciudad de México, Sonora y Chihuahua, básicamente en población estudiantil universitaria. Hubo un incremento de casos en las edades de 20 a 44 años.

El Sol de Durango México, Durango: Reportan una muerte por rabia después de 26 años

6 de octubre de 2018 – Fuente: El Sol de Durango (México)

En el estado de Durango, desde hace 26 años que no se registraba una muerte humana por el contagio de rabia. Pero en el mes de julio del presente año, un niño de 11 años de edad murió a causa de la mordedura de una zorra que le transmitió la enfermedad.

El Secretario de Salud del estado, Sergio González Romero, explicó que aún no se tienen los resultados de los exámenes de sangre que enviaron al laboratorio, con lo cual podrán determinar qué tipo de rabia contrajo el niño.

Indicó que la Secretaría de Salud de la entidad no tuvo conocimiento del caso hasta dos meses después de que el menor fue llevado a recibir atención médica, pues el niño presentaba encefalitis.

El funcionario comentó que se realizó un cerco sanitario y se vacunó a todas las personas que tuvieron contacto con el animal silvestre, el cual se encontraba tirado en un camino rural de San Dimas, al parecer herido, por lo que el padre del niño fallecido trató de brindarle auxilio, y en un momento dado el animal mordió la mano derecha del pequeño. El menor no fue llevado para que recibiera atención médica, por lo que el desenlace fue fatal.

Hizo un llamado a toda la población para evitar el contacto con animales silvestres, y en el caso de los domésticos, vacunarlos contra la rabia, sobre todo en tiempo de calor ya que es la temporada que se presta para que se presenten casos de rabia.

Recordó que el último caso de muerte humana a consecuencia de la rabia ocurrió en 1992. Ahora existe un nuevo caso pero por la mordedura de un animal silvestre.

La Republica Perú, Cusco: Una ley prohíbe la difusión de medidas preventivas y la campaña de vacunación contra el sarampión

6 de octubre de 2018 – Fuente: La República (Perú)

Cusco sufre de un brote de sarampión. La infección puede propagarse debido a la falta de difusión de medidas preventivas y la campaña de vacunación. La Ley Mulder prohíbe a las entidades del Estado contratar publicidad en los medios de comunicación privados.⁷

El jefe del Área de Inteligencia Sanitaria de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), Emilio Manuel Lías Cuervo, sostuvo que como consecuencia de esa restricción, no han podido comunicar sobre la campaña de inmunización a por lo menos 50% de los casi 450.000 cusqueños que deben ser vacunados para evitar la propagación del virus. “Estamos hablando de casi 50% de población a la que no hemos llegado”, precisó Lías.



⁷ La Ley N° 2133, que regula el gasto de publicidad del Estado Peruano, denominada Ley Mulder, Ley Mordaza o Ley Antimermelada, es una ley de la República de Perú que elimina la publicidad estatal en medios privados, excepto en caso de emergencia nacional o desastres y la publicidad educativa electoral. Solo se podrá realizar en medios del Estado y en la red digital.

La iniciativa legislativa fue presentada inicialmente el 15 de noviembre de 2017 mediante el Proyecto de Ley N° 2133 por el congresista Claude Maurice Mulder Bedoya. El 28 de febrero de 2018 fue aprobado el proyecto por la Comisión Permanente del Congreso. El dictamen fue aprobado el 15 de junio del 2018. Dicha ley fue publicada el 18 de junio del 2018 en las Normas Legales del Diario Oficial El Peruano.

Con la entrada en vigencia de la ley quedaron afectadas las campañas publicitarias del Estado, como multisectoriales y de prevención, entre ellas las jornadas de vacunación, contra el friaje y las heladas, los simulacros nacionales de sismos y las convocatorias a los simulacros nacionales, además de las actividades empresariales del Estado, como las cajas municipales.

Eso ha obligado a la DIRESA a redoblar esfuerzos enviando más personal a provincias y distritos alejados, pese a lo cual el barrido no ha permitido cubrir todos los sectores.

Lías Cuervo reveló además que hay más de 53 casos sospechosos de sarampión. Las muestras fueron enviadas a Lima para que confirmen o descarten la enfermedad. El Instituto Nacional de Salud demora entre seis y diez días para entregar los resultados. Lías Cuervo sostuvo que gestionan ante el Ministerio de Salud que el actual laboratorio de referencia se convierta en especializado para acelerar el procesamiento de las muestras. "Para eso necesitamos presupuesto para los materiales que se necesitan", explicó.

Mientras tanto, el número de casos de sarampión confirmados suman tres: dos en Acomayo y uno en San Jerónimo. Por otro lado, sostuvo que hasta ahora no se ha aprobado el plan presentado para declarar en emergencia a la región Cusco y destinar más de 1,05 millones de dólares para hacer el barrido regional.

El mundo



Alemania, Berlín: Un caso de meningitis en un club de sexo obligó a emitir una alerta sanitaria

5 de octubre de 2018 – Fuente: Seis

Es uno de los clubs de sexo más populares de Berlín, pero esta semana ha ocupado titulares de prensa por una peligrosa alerta sanitaria.

Según las autoridades locales, los que asistieron el sábado 29 de septiembre al KitKatClub de la ciudad alemana deberán buscar "tratamiento preventivo inmediato", después de que un cliente fuera llevado al hospital con meningitis bacteriana.

El club dijo que el hombre se encontraba grave, luego de asistir a una fiesta que se celebró este fin de semana en sus instalaciones, ubicadas en el distrito Reinickendorf de la capital alemana.

Mientras tanto, reportes indican que alrededor de 100 personas también fueron trasladadas al hospital, como medida de precaución.

"Un amigo del paciente nos dijo que ambos estuvieron en el club KitKatClub, pero no sabía con quién tuvo contacto la persona enferma", dijo Patrick Larscheid, director del Departamento de Salud de Reinickendorf.

Al parecer, el hombre contactó a un médico el 1 de octubre y fue diagnosticado de inmediato con la enfermedad. Actualmente está siendo tratado con antibióticos.

"Vale todo"

El KitKatClub es uno de los establecimientos nocturnos más conocidos de Berlín y atrae clientes de todo el mundo. Cuenta con salas privadas, una piscina, varias pistas de baile y otras áreas de esparcimiento. Hay quienes lo describen como un sitio de "ambiente fetichista en el que se vale todo".

El hombre que sufrió el contagio había asistido el 29 de septiembre a una fiesta llamada "CarneBall Bizarre".

Según la página de Facebook del club, esa noche había un código de vestimenta de "fetiche, charol y cuero, uniformes, gótico, disfraces, ropa de noche, brillo, glamur y ropa extravagante".

Hasta el momento, ninguno de los empleados del lugar ha mostrado síntomas de la enfermedad.



El club dijo que ninguno de sus empleados ha mostrado síntomas de haber contraído la enfermedad.

THE LANCET Public Health Australia: La vacuna contra el VPH podría ayudar a eliminar el cáncer cervical en las próximas dos décadas

2 de octubre de 2018 – Fuente: The Lancet – Public Health

El cáncer cervical podría eliminarse en Australia en las próximas dos décadas debido a un programa gubernamental para vacunar a los niños contra el virus del papiloma humano (VPH).

Un estudio encontró que para 2028, menos de cuatro mujeres cada 100.000 podrían ser diagnosticadas anualmente con cáncer cervical en Australia, lo que eliminaría la enfermedad como un problema de salud pública. Y para 2066, menos de una mujer por año podría recibir ese diagnóstico.

Australia está en camino de convertirse en el primer país en eliminar el cáncer cervical. El sistema nacional de atención médica de Australia introdujo por primera vez el programa de vacunación en 2007 como un curso de tres dosis gratuito para adolescentes. En 2013, el programa se amplió a niños en edad escolar, que pueden portar y transmitir el virus y desarrollar otras formas de cáncer. Según el Consejo de Cáncer de Australia, la vacunación ha llevado a una reducción de 77% en los tipos de VPH más responsables del cáncer de cuello uterino. Australia tiene ahora una de las tasas más bajas de incidencia y mortalidad de cáncer cervical en el mundo.

Los investigadores atribuyeron el rápido descenso del VPH a una combinación de acción gubernamental eficiente, que vio el programa de vacunación implementado en las escuelas de todo el país, junto con los programas de detección para mujeres mayores y el amplio apoyo público.

Si bien la vacunación ha desempeñado un papel crucial, la detección cervical también ha sido importante para reducir las tasas de VPH en adultos mayores, que ya podrían haber estado expuestos al virus. Si las acciones se enfocaran sólo en la vacunación, no se podría abordar este problema para cientos de millones de mujeres.

Otros países se han movido más lentamente, en parte debido a un movimiento mundial contra la vacunación que ha afirmado falsamente que las vacunas están relacionadas con el autismo y la enfermedad.

Si bien la mayoría de los países desarrollados han implementado algún tipo de programa de vacunación, el camino ha sido complicado. Esos problemas han sido atribuidos a los desafíos de implementar un programa de vacunación a nivel nacional, y la desinformación generalizada sobre los riesgos de las vacunas.

En Japón, por ejemplo, las campañas de miedo han ayudado a que la tasa de vacunación contra el VPH caiga en picada desde 70% hasta casi 0%. Y en Estados Unidos, donde una encuesta de 2017 mostró que casi la mitad de las personas de entre 18 y 59 años están infectadas con el VPH genital, la tasa de adolescentes vacunados es de solo 49%.

Incluso la vacunación de la mitad de la población, podría ser suficiente para detener la propagación del VPH lo suficiente como para ver una disminución significativa en las tasas de cáncer. Pero las desigualdades en salud pública podrían significar que estas disminuciones se concentran solo en ciertas partes de la población.

A nivel mundial, el cáncer cervical sigue siendo el cuarto tipo de cáncer más común en las mujeres en el mundo, y solo se esperan 570.000 casos adicionales este año. La carga de la enfermedad es predominantemente en países de ingresos bajos y medianos, muchos de los cuales aún no han adoptado sus propios programas de vacunación contra el VPH. En esos países, la detección es doblemente importante.

Pero incluso en Australia, la detección continua y la vacunación serían cruciales para mantener las bajas tasas de incidencia y mortalidad por cáncer.⁸



Europa: Los casos de fiebre del Nilo Occidental de 2018 superan el total de los cinco años anteriores

5 de octubre de 2018 – Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control

En comparación con años anteriores, el número de casos de fiebre del Nilo Occidental se ha triplicado. A modo de comparación, en solo una semana, a fines de agosto, se notificaron 300 casos en la Unión Europea (UE): esto es más que el total anual de casos informados en 2017 (207 casos) o 2016 (225), y similar al total de la última temporada importante, en 2010 (393).

Es probable que el virus se propague a más áreas en los próximos meses, incluidas aquellas en las que no se han reportado casos humanos autóctonos, según la evaluación de riesgos del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).

Entre el 28 de septiembre y el 4 de octubre de 2018, los Estados miembros de la UE notificaron 50 infecciones humanas por el virus del Nilo occidental en Grecia (22), Rumania (19), Hungría (7), Bulgaria (1) y República Checa (1). Los países vecinos de la UE reportaron 30 casos, todos en Serbia.

En tres áreas, se reportaron casos humanos por primera vez: Bulgaria (1), República Checa (1) y Serbia (1). Todos los demás casos humanos se notificaron en áreas que fueron afectadas en anteriores temporadas de transmisión.

Esta semana, fueron reportadas 18 muertes en Grecia (8), Rumania (6), Serbia (3) y República Checa (1).

En la misma semana, se reportaron 21 brotes entre équidos en Italia (13), Grecia (3), Francia (3), Hungría (1) y Eslovenia (1).

En 2018 y hasta el 4 de octubre, los Estados miembros de la UE notificaron 1.317 casos humanos en Italia (495), Grecia (283), Rumania (256), Hungría (197), Croacia (45), Francia (16), Austria (15), Bulgaria (6), Eslovenia (3) y República Checa (1). Los países vecinos de la UE notificaron 434 casos humanos en Serbia (350), Israel (81) y Kosovo (3). Hasta la fecha, se han informado 142 muertes debidas a la infección por el virus del Nilo Occidental, en Italia (36), Rumania (36), Grecia (34), Serbia (32), Bulgaria (1), República Checa (1), Hungría (1) y Kosovo (1).

Durante la actual temporada de transmisión, se han notificado 222 brotes entre équidos en Italia (120), Hungría (79), Grecia (13), Francia (5), Rumania (2), Austria (1), Alemania (1) y Eslovenia (1).

De acuerdo con la Directiva 2014/110/EU de la Comisión Europea, los posibles donantes de sangre deben esperar 28 días después de abandonar un área con evidencia de circulación del virus del Nilo Occidental entre humanos, a menos que los resultados de una prueba individual de ácido nucleico sean negativos.



Papúa Nueva Guinea: A 100 días de la declaración de emergencia por poliomielitis derivada de la vacuna

6 de octubre de 2018 – Fuente: Department of Health (Papúa Nueva Guinea)

Esta semana, el Departamento Nacional de Salud de Papúa Nueva Guinea, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y otros asociados, publicó un informe sobre los logros clave y los aspectos destacados de las operaciones de respuesta para marcar los 100 días desde que el Gobierno de Papúa Nueva Guinea lanzó la Emergencia en respuesta al brote de poliomielitis.

Papúa Nueva Guinea confirmó un brote de poliomielitis el 22 de junio de 2018 cuando un poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 (VDPV1), detectado por primera vez en un niño de 6 años de la provincia de Morobe, también se aisló en dos niños sanos de la misma comunidad, lo que indicaba que el virus estaba circulando.

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



El mismo día, el país notificó a la OMS, según lo estipulado en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005). El 25 de junio de 2018 se hizo un anuncio público.

El 26 de junio, el Gobierno de Papúa Nueva Guinea declaró la emergencia nacional. El día siguiente se activó el Centro Nacional de Operaciones de Emergencia para la Respuesta a la Poliomielitis.

Desde la confirmación del brote, se han implementado dos rondas de vacunación contra la poliomielitis para proteger a los niños menores de 5 años.

La primera ronda cubrió las tres provincias de alto riesgo –Morobe, Madang y Eastern Highlands–, donde se vacunaron 303.907 niños menores de 5 años.

La segunda ronda cubrió nueve provincias –Morobe, Madang, Eastern Highlands, Western Highlands, Southern Highlands, Jiwaka, Enga, Chimbu y Hela–, donde se vacunaron 690.953 niños menores de 5 años.

Se ha enviado al país un total de 1,6 millones de dosis de vacunas para su uso en las dos primeras rondas de vacunación.

Se implementó un sistema para detectar e identificar rápidamente los casos de poliomielitis mediante la vigilancia mejorada de la parálisis flácida aguda (PFA). Desde la confirmación del brote, Papúa Nueva Guinea ha reportado 14 casos de poliomielitis: cinco en Eastern Highlands, tres en Morobe, dos en Enga, dos en Madang, uno en el Distrito de la Capital Nacional y uno en Jiwaka.⁹



República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

5 de octubre de 2018 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

La respuesta al brote de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo se encuentra en un momento crítico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfrenta una situación precaria debido al reciente incremento de la inseguridad, los incidentes de desconfianza comunitaria y el aumento de la propagación geográfica.

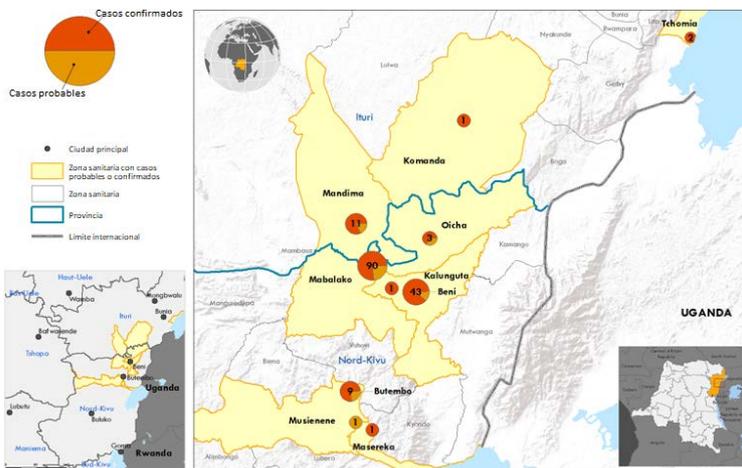
El período de duelo y huelga general (*ville morte*)¹⁰ en Beni, Butembo y Mabalako ha finalizado oficialmente; la *ville morte* fue organizada por líderes de la sociedad civil tras un ataque en Beni el 22 de septiembre, en el que murieron 21 personas. Las actividades que se ralentizaron durante el período de *ville morte* provocaron que los trabajadores de salud no pudieran encontrar y monitorear la salud de los contactos de pacientes con la EVE, que la movilización social y los esfuerzos de participación de la comunidad se redujeran o suspendieran significativamente, que las comunicaciones de riesgo se vieran seriamente restringidas o suspendidas en áreas altamente afectadas por la EVE, y que se registraran graves limitaciones en la capacidad de los equipos de campo para investigar alertas de casos sospechosos y realizar entierros seguros y dignos. Las operaciones de la OMS están actualmente en plena escalada; sin embargo, la organización permanece vigilante debido a las constantes restricciones de seguridad.

El Ministerio de Salud, la OMS y sus asociados continúan trabajando estrechamente con la población en las áreas afectadas. La mayoría de las comunidades apoyan los esfuerzos de respuesta y están abiertas a la vacunación y el tratamiento; la colaboración entre las comunidades y las autoridades locales están en vías de superar la renuencia y la desconfianza que se ha desarrollado en algunos lugares. Ante los rumores y la información errónea, algunas familias han optado por atender a sus familiares enfermos en el hogar, lo que aumenta el riesgo de transmisión a los cuidadores, familiares y niños. Algunos pacientes incluso han abandonado los establecimientos de salud para buscar cuidados alternativos o evitar activamente el seguimiento de los trabajadores de la salud. A pesar de los esfuerzos concertados de los líderes comunitarios locales para garantizar los entierros seguros y dignos, en algunos casos son rechazados en favor de las prácticas tradicionales. Evitar el contacto con los trabajadores de la salud, la atención domiciliaria y los entierros inseguros aumentan el riesgo para los propios pacientes, cuidadores, niños y otros miembros de la familia, y para los trabajadores de salud y de primera línea, y han contribuido a la propagación del brote.

Las áreas afectadas ahora cubren cientos de kilómetros, incluyendo un caso confirmado que se ha trasladado a una 'zona roja', un entorno altamente inseguro y desafiante, donde la implementación de actividades de respuesta es extremadamente difícil. La expansión geográfica restringe aún más los recursos de primera línea, ya que una respuesta efectiva requiere centros establecidos en múltiples ubicaciones, lo más cercanos posibles a la población afectada.

⁹ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹⁰ El término *ville morte* (ciudad muerta) nació a principios de la década de 1990 con el amplio movimiento de democratización de los países africanos. En el dolor, los jóvenes partidos de oposición, frente a los poderes en funciones, denunciaron la falta de comunicación, y que sus líderes incluso ni siquiera los tenían en consideración. La única solución invocada por estos partidos fue llamar a la población a una huelga general, caracterizada por el cierre de negocios, servicios y empresas. En mayo de 1991, la fuerza de los jóvenes organizados en grupos paralizaron toda la ciudad de Douala (Camerún) y las grandes aglomeraciones del oeste y la costa del país. El daño fue grave en Camerún, donde el régimen era inflexible.



Mapa 1. Casos confirmados y probables, según zona sanitaria. República Democrática del Congo, provincias de Nord-Kivu e Ituri. Año 2018, hasta el 2 de octubre (n=162). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

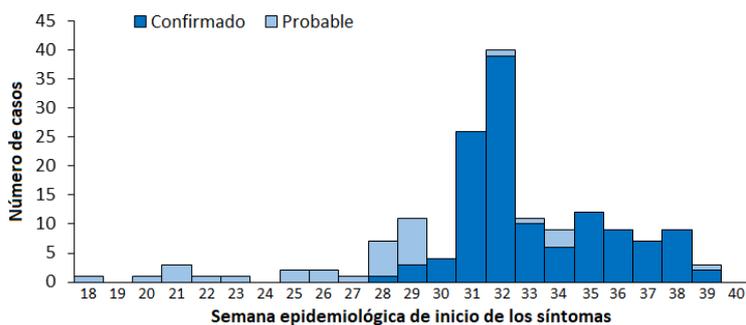


Gráfico 4. Casos confirmados y probables, según semana epidemiológica de inicio de los síntomas. República Democrática del Congo. Año 2018. Datos al 2 de octubre (n=160). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

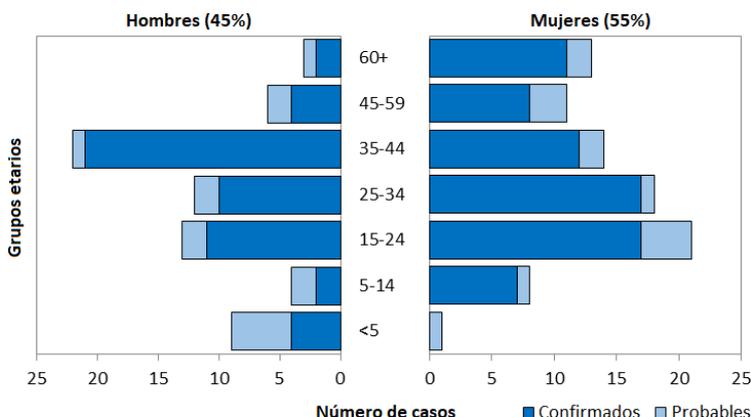


Gráfico 5. Casos confirmados y probables, según grupos etarios y sexo. República Democrática del Congo. Año 2018. Datos al 2 de octubre (n=155) (La edad y sexo se desconoce en siete casos). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

de octubre, 11 casos sospechosos en la República Democrática del Congo están a la espera de las pruebas de laboratorio. Desde el 25 de septiembre, se han investigado alertas en varias provincias de la República Democrática del Congo, así como en países vecinos. Hasta la fecha, se ha descartado la EVE en todas las alertas de las provincias y países vecinos.

Evaluación de riesgos de la OMS

Este brote de EVE está afectando a las provincias nororientales del país, que limitan con Uganda, Ruanda y Sudán del Sur. Los posibles factores de riesgo para la transmisión de la EVE a nivel nacional y regional incluyen los enlaces de transporte entre las áreas afectadas, el resto del país y los países vecinos; los desplazamientos internos de población; y el desplazamiento de refugiados congoleños a países vecinos. El país está experimentando simultáneamente otras epidemias (cólera, poliomielitis derivada de la vacuna) y una crisis humanitaria a largo plazo. Además, la situación de seguridad en Nord-Kivu e Ituri puede dificultar la implementación de las actividades de respuesta. El 28 de septiembre de 2018, debido al empeoramiento de la situación de seguridad, la OMS revisó su evaluación de riesgo para el brote, y elevó el riesgo a nivel nacional y regional de alto a muy alto. El riesgo sigue siendo bajo a nivel global.

Como el riesgo de propagación nacional y regional es muy alto, es importante que las provincias y países vecinos fortalezcan las actividades de vigilancia y preparación. La OMS continuará trabajando con los países vecinos y asociados para garantizar que las autoridades sanitarias estén alertas y preparadas operativamente para la respuesta.

Donde tienen acceso, los equipos de respuesta continúan fortaleciendo las actividades para prevenir nuevos clústeres y la potencial propagación a nuevas áreas. La OMS continúa trabajando en las áreas afectadas, lado a lado de los asociados nacionales e internacionales, para apoyar la respuesta liderada por el Ministerio de Salud. La propagación del brote a áreas nuevas e inseguras en la zona sanitaria de Tchomia (muy cerca de la frontera con Uganda), así como las situaciones de inseguridad actuales, continúa siendo un desafío para la respuesta general. A la luz de estas condiciones, la OMS revisó su evaluación de riesgos y elevó los niveles nacionales y regionales de "alto riesgo" a "muy alto riesgo"; a nivel mundial, el riesgo sigue siendo bajo.

Desde el 2 de octubre, se notificaron 10 nuevos casos confirmados de EVE: ocho en la zona sanitaria de Beni y uno en la de Butembo, en Nord-Kivu, y uno en la zona sanitaria de Komanda, en Ituri. Ocho de estos casos confirmados han sido vinculados a casos conocidos o cadenas de transmisión dentro de las respectivas comunidades, mientras que los otros dos casos siguen bajo investigación.

Hasta el 2 de octubre, se había notificado un total de 162 casos (130 confirmados y 32 probables), incluidas 106 muertes (74 confirmadas y 32 probables), en siete zonas sanitarias de la provincia de Nord-Kivu (Beni, Butembo, Kalunguta, Mabalako, Masereka, Musienene y Oicha), y tres zonas sanitarias de la provincia de Ituri (Mandima, Komanda y Tchomia) (ver Mapa 1). Continúa la tendencia general ligeramente decreciente en la incidencia de casos semanales (ver Gráfico 4); sin embargo, esta tendencia deben interpretarse con cautela, dado el retraso esperado en la notificación de los casos, la detección continua de casos esporádicos y los problemas de seguridad que limitan el rastreo de contactos y la investigación de alertas. De los 155 casos confirmados y probables para los que se conoce información sobre la edad y el sexo, 22% tienen entre 15 y 24 años, 19% tienen entre 25 y 34 años, y 23% tienen entre 35 y 44 años; las mujeres (55%) representaron la mayor proporción de casos (ver Gráfico 5). En total, 19 trabajadores de salud han sido afectados hasta la fecha (18 confirmados y uno probable), tres de los cuales han muerto.

El Ministerio de Salud, la OMS y sus socios continúan monitoreando e investigando de cerca todas las alertas en las áreas afectadas, en otras provincias de la República Democrática del Congo y en los países vecinos. Al 2

Consejos de la OMS

La OMS continúa desaconsejando cualquier restricción a los viajes y el comercio con la República Democrática del Congo sobre la base de la información actualmente disponible. La OMS sigue supervisando de cerca y, si es necesario, verifica las medidas comerciales y de viaje relacionadas con este evento. Actualmente, ningún país ha implementado medidas de viaje que interfieran significativamente con los viajes internacionales hacia y desde la República Democrática del Congo. Los viajeros deben consultar a un médico antes de viajar y deben practicar una buena higiene.¹¹

The Journal of
Infectious
Diseases

República Democrática del Congo, Boende: Cuatro de cada 10 profesionales de la salud son seropositivos para el virus del Ébola después de un brote

19 de septiembre de 2018 – Fuente: *The Journal of Infectious Diseases*

Un estudio indica que muchos trabajadores de la salud son seropositivos para el virus del Ébola tras la respuesta a un brote, a pesar de no haber tenido signos de la infección. Y casi 3% de los participantes pudo neutralizar el virus.

Los profesionales de la salud intervienen en la transmisión de la enfermedad por el virus del Ébola durante los brotes, aunque poco se sabe sobre la carga viral total.

Se realizó una seroencuesta a 565 trabajadores de la salud de la zona sanitaria de Boende al año siguiente del brote del año 2014. Ninguno había informado la infección ni síntomas.

El 41,4% era serorreactivo a por lo menos una proteína de superficie del virus del Ébola. El 2,8% pudo neutralizar el virus.

Aquellos con anticuerpos del virus eran menos propensos a lavarse las manos siempre o usar equipos de protección personal con cada paciente.

Los investigadores reconocieron que no se puede afirmar cuándo ocurrió la exposición (antes o durante el brote) o si la presencia de esos anticuerpos significa infección o protección.

Durante los brotes de enfermedad por el virus del Ébola, todos los profesionales, aun aquellos sin contacto directo con los pacientes, podrían quedar expuestos y transmitir el virus.

Al limitar el control de la infección sólo a las personas que se piensa que tienen contacto con el virus, se podría estar dejando de lado a un gran grupo de personas convocadas durante una emergencia.¹²

¹¹ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹² Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

MINISTRY OF HEALTH says :-

Coughs and sneezes spread diseases



**Trap the germs by using
your handkerchief**

Help to keep the Nation Fighting Fit



DESIGNED BY ALAN EASTON FOR THE OFFICE OF COMMUNICATIONS OF THE GOVERNMENT OF GREAT BRITAIN

Ministry of Health (1942. Gran Bretaña).

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.