



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

[www.reporteepidemiologicocordoba.com](http://www.reporteepidemiologicocordoba.com)

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

## # 2.125

26 de noviembre 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)

### Córdoba

- Ciudad de Córdoba: En tres de cada 100 viviendas se encontraron larvas de *Aedes aegypti*

### Argentina

- Vigilancia de virus respiratorios
- Corrientes recibió el reconocimiento de la OPS por la eliminación de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas

### América

- Nueva guía para el manejo de la resistencia a los antimicrobianos
- Canadá: Brote de infecciones por *Escherichia coli* vinculado con el consumo de escarola
- Chile, Región de Los Lagos: Alerta por brote de difilobotriosis por consumo de pescado crudo
- Estados Unidos: Más de 2.000 casos de parotiditis en los primeros diez meses del año

- Estados Unidos, Louisiana: El gusano *Angiostrongylus cantonensis* está ampliamente distribuido en New Orleans
- Francia, Guadeloupe: Primer caso confirmado de dengue en más de dos años

### El mundo

- España: En 2017 se notificaron 3.381 nuevos diagnósticos de infección por el VIH
- España: Las embarazadas tienen hasta siete veces más posibilidades de hospitalización a causa de la influenza
- Israel: Brote de listeriosis en el sur del país
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

### Reseña

- Los insospechados lugares que lograron escapar a la peor epidemia del siglo XX

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero

[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)



[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)



[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)



S.A.D.I.

[www.sadi.org.ar/](http://www.sadi.org.ar/)

Comité Nacional de Infectología

Sociedad Argentina de Pediatría

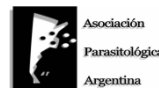
[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)



[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)



[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)

22 de noviembre de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

Desde el próximo lunes 26 hasta el viernes 30 de noviembre, se llevará a cabo en la ciudad de Córdoba un nuevo monitoreo aéxico, correspondiente a la temporada 2018-2019 (de octubre a mayo), como parte de las acciones para prevenir el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre zika.

Durante el desarrollo de esta actividad, promotores de salud y profesionales del Programa de Zoonosis visitarán 600 hogares de 30 barrios de la ciudad de Córdoba, en busca de criaderos de mosquitos y con el fin de obtener muestras de agua para medir la proliferación de larvas de *Aedes aegypti*, transmisor de estas enfermedades.

El primer monitoreo aéxico de la temporada tuvo lugar en el mes de octubre. Allí se evidenció un índice de vivienda de 3%, es decir, tres de cada 100 viviendas visitadas poseían al menos un recipiente con larvas de *Ae. aegypti*. Este valor indica un nivel medio de riesgo de transmisión viral de acuerdo a las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

En cuanto al detalle por zona de la ciudad, los índices fueron los siguientes: Noroeste 4,2%; Noreste 5%; Centro 4,2%; Suroeste 0,8% y Sudeste 1,7%.

“Más allá de los recipientes en los que efectivamente se encuentran larvas de *Ae. aegypti*, seguimos observando que en la gran mayoría de las viviendas –96%– hay potenciales criaderos de mosquitos. Por eso, les pedimos a los vecinos que presten especial atención a cualquier objeto que pueda acumular agua tanto en el interior de la casa como en patios y jardines, dado que las lluvias se han adelantado y esos reservorios se convierten rápidamente en criaderos”, recomendó Laura López, responsable del Programa de Zoonosis.

Los objetos en los que se encontraron larvas de *Ae. aegypti* con mayor frecuencia fueron: recipientes con plantas, baldes y desagües.

Cabe señalar además que, en la encuesta que se realiza en forma simultánea al relevamiento, 53% de los consultados (318) reconoció que dengue, fiebre chikungunya y fiebre zika son enfermedades. De ellos, 92% refirió que se transmiten por picadura de mosquitos. Menos de 1% de los entrevistados expresó que la fiebre zika también se transmite por vía sexual, transfusional y de madre a hijo durante el embarazo.



## Argentina

### Vigilancia de virus respiratorios

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

#### Muestras estudiadas y positivas

Hasta la semana epidemiológica (SE) 44 de 2018 fueron estudiadas para virus respiratorios y notificadas 68.904 muestras con 25.410 casos positivos (porcentaje de positividad de 36,9%), considerando pacientes ambulatorios e internados.

Del total de muestras estudiadas, 64.365 correspondieron a pacientes que requirieron hospitalización, con 24.143 resultados positivos. Las muestras con diagnóstico de virus sincicial respiratorio (VSR) fueron 15.635 (24,3%) del total de muestras analizadas.

En tanto, 4.539 muestras se analizaron en pacientes ambulatorios con 1.267 muestras positivas. En este grupo las muestras positivas para Influenza fueron 578 (12,7%).

Para el total de muestras analizadas, el porcentaje de positividad acumulado de ambulatorios e internados de influenza fue de 6,4% y el de VSR de 23,4%.

La curva de muestras analizadas y notificadas hasta el momento para virus respiratorios, muestra que a partir de la SE 20 comienza a aumentar el número de muestras registradas hasta la SE 29, luego de la cual se estabiliza en alrededor de 2.500 muestras semanales, pero con un paulatino descenso en el porcentaje de positividad.

#### Agentes virales identificados

Hasta la SE 44 de 2018, en términos acumulados, de las 25.410 muestras positivas, 63,4% correspondió a VSR y 17,3% a Influenza; los demás virus respiratorios bajo vigilancia se identificaron en proporciones que oscilaron entre 4 y 8%.

En las primeras SE del año la circulación de Adenovirus y Parainfluenza fue proporcionalmente mayor que la de otros virus respiratorios, mientras entre las SE 18 y 33 el virus más frecuentemente identificado por semana fue el VSR. Desde la SE 34 y hasta el momento actual fueron los virus Influenza los más frecuentes.

## Frecuencia y distribución de virus Influenza

Durante las primeras 44 SE de 2018, los casos acumulados con diagnóstico de virus Influenza fueron 4.382, de las cuales a Influenza A correspondió 63%, con predominio de los subtipos H1N1 y no subtipificado. Desde la SE 19 se verifica un aumento de la notificación de virus Influenza, con un mayor número de casos hacia la SE 35, registrando una proporción mayor de Influenza A respecto de Influenza B. Respecto de la estacionalidad, los casos de Influenza comienzan a aumentar de forma significativa desde las SE 21-23 de 2018, mientras que en 2017 ese aumento comenzó en la SE 13.



## Corrientes recibió el reconocimiento de la OPS por la eliminación de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas

22 de noviembre de 2018 – Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Argentina)

En el marco de un encuentro internacional que se desarrolló en Paraguay con la participación de miembros de la Iniciativa del Cono Sur para controlar y eliminar la enfermedad de Chagas (INCOSUR), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoció a Argentina por haber eliminado la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en la provincia de Corrientes.

“Es un orgullo recibir este reconocimiento porque es fruto del trabajo que de manera sostenida venimos llevando a cabo con la provincia de Corrientes y la coordinación nacional de Vectores”, sostuvo la Directora Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud, Patricia Inés Angeleri, al recibir la mención.

La funcionaria nacional, quien representó a la Secretaria de Gobierno de Salud en el evento internacional, remarco que “es un gran desafío sostener los estándares necesarios para mantener el territorio libre de transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas”.

Para alcanzar este hito, una comitiva internacional conformada por siete miembros de la OPS, supervisaron y evaluaron el trabajo realizado en Corrientes para la búsqueda y la eliminación del vector transmisor de la enfermedad de Chagas, así como el sistema de vigilancia y notificación.

Con este estatus, la provincia de Corrientes se suma a un grupo integrado por otras nueve provincias: Jujuy, Tucumán, Santa Fe, Misiones, Entre Ríos, San Luis, La Pampa, Río Negro y Neuquén.

El reconocimiento se entregó en el marco de un encuentro realizado en Paraguay, donde el país vecino recibió un certificado por haber eliminado de su territorio la transmisión vectorial domiciliar de la enfermedad de Chagas.

## América



## Nueva guía para el manejo de la resistencia a los antimicrobianos

16 de noviembre de 2018 – Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Un nuevo manual lanzado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), y la Escuela de Salud Pública y Trabajo Social 'Robert Stempel' de la Universidad Internacional de Florida (FIU) llama a los países de la región a establecer programas para optimizar el uso de antimicrobianos como una forma de prevenir la resistencia.

El manual *Recomendaciones para implementar programas de administración de antimicrobianos en América Latina y el Caribe: Manual para tomadores de decisiones de salud pública*, que se lanzó el 16 de noviembre en la Semana Mundial de Concientización sobre el Uso de los Antibióticos 2018, tiene como objetivo proporcionar lineamientos prácticos para las autoridades de salud, y recomendaciones para gerentes de hospitales y trabajadores de la salud sobre intervenciones costo-efectivas que abordan la resistencia a los antimicrobianos.<sup>1</sup>

“Los antibióticos han permitido salvar millones de vidas en todo el mundo, pero actualmente estamos experimentando tasas de resistencia sin precedentes a algunos de los tratamientos más comunes”, dijo Marcos Antonio Espinal Fuentes, Director de la Unidad de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud de la OPS. “Es vital que se intensifiquen los esfuerzos para preservar estos logros, reducir el impacto de la resistencia y asegurar que haya prevención y tratamientos continuos de las enfermedades infecciosas”.

Los antimicrobianos son vitales en la prevención y el tratamiento de infecciones. La resistencia a los antibióticos ocurre cuando los microorganismos en las infecciones cambian en respuesta al uso de estos medicamentos, lo que los convierte en ineficientes.

La evidencia disponible muestra que la resistencia antimicrobiana aumenta con el uso excesivo de antibióticos. Esto se debe principalmente al uso incorrecto de los antibióticos para tratar los síntomas del resfriado y la influenza, que son infecciones virales, o como medida preventiva después de las cirugías. Se estima que hasta 50% del uso de antibióticos es inapropiado, lo que aumenta considerablemente los costos de atención al paciente, así como la mor-



<sup>1</sup> Puede consultar el manual completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

bilidad y la mortalidad. Este uso inapropiado puede fomentarse por problemas como la prescripción excesiva de antibióticos, y el fácil acceso a estos medicamentos por la venta sin receta o por Internet, prácticas que están muy difundidas en algunos países.

### Administración antimicrobiana

El objetivo de la gestión efectiva antimicrobiana es promover la optimización del uso de antimicrobianos a nivel nacional y local, de acuerdo con las normas internacionales para asegurar que se elijan los antibióticos correctos y en las dosis correctas, según la evidencia disponible.

Los programas de administración antimicrobiana implican la coordinación entre una variedad de trabajadores de la salud, incluidos los médicos, farmacéuticos y microbiólogos, así como los especialistas en prevención de infecciones, enfermeras y personal de tecnología de la información.

Las estrategias recomendadas para la administración antimicrobiana incluyen la implementación de prácticas basadas en la prescripción en los hospitales, como por ejemplo la reevaluación de las prescripciones de antibióticos después de 48 a 72 horas de inicio del tratamiento. También abarcan intervenciones dirigidas a las farmacias, para asegurar uso y dosificación correctos de los antibióticos, así como intervenciones basadas en datos, como asegurar que los registros de microbiología sean fácilmente accesibles en el punto de atención.

“La administración antimicrobiana garantiza que los sistemas de atención de salud de un país tengan establecidos programas para abordar a los determinantes de la resistencia antimicrobiana y para implementar las iniciativas políticas, programáticas y educativas necesarias que promuevan el uso racional de los antibióticos”, agregó Espinal.

### Respuesta de resistencia antimicrobiana en América Latina

En América Latina, la resistencia a los antimicrobianos es una urgente prioridad de salud pública. Ya se está observando en la región una tendencia creciente de resistencia en infecciones comunitarias y hospitalarias. En las últimas dos décadas, las Américas han sido pioneras en enfrentar la resistencia a los antimicrobianos desde una perspectiva de salud pública, incluida la vigilancia basada en laboratorio, un mayor monitoreo, la implementación de campañas de concientización y el desarrollo de programas de administración de antimicrobianos en los hospitales.

Las intervenciones de administración antimicrobiana han sido coordinadas por la OPS y otras organizaciones de salud en la región. Iniciativas para controlar el uso de antibióticos, a través de recetas obligatorias, por ejemplo, ya han probado ser exitosa, como por ejemplo se ha visto en una reducción del uso en 12% en México. Tras la implementación de esta regulación en Chile en 1999, Colombia en 2005 y Brasil y México en 2010, no se detectaron incrementos en las admisiones relacionadas con infecciones bacterianas, lo que destaca su efectividad.

Sin embargo, pese a estos avances, se deben incrementar los esfuerzos hacia la administración antimicrobiana. Los sectores, las personas, y las organizaciones que trabajan en el área deben estar mejor integrados, para asegurar un mayor impacto en la resistencia antimicrobiana y cuantificar este impacto en la región.



Public Health  
Agency of Canada

### Canadá: Brote de infecciones por *Escherichia coli* vinculado con el consumo de escarola

23 de noviembre de 2018 – Fuente: Public Health Agency (Canadá)

La Agencia de Salud Pública de Canadá está colaborando con sus asociados de salud pública provinciales, la Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos, Salud Canadá, como así también con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos (FDA), en la investigación de un brote de infecciones por *Escherichia coli* en Ontario, Quebec, New Brunswick y varios estados de Estados Unidos.

En Canadá, al 23 de noviembre de 2018, se han confirmado 22 casos en Ontario (4), Quebec (17) y New Brunswick (1). Las personas enfermaron entre mediados de octubre y principios de noviembre de 2018. Ocho personas fueron hospitalizadas, y una persona sufrió síndrome urémico hemolítico. No se han reportado muertes. Las personas afectadas tienen entre 5 y 93 años de edad. Los casos se distribuyen uniformemente entre hombres y mujeres.

La mayoría de las personas afectadas reportaron haber consumido escarola antes del inicio de la enfermedad, ya sea en su hogar, como ensaladas preparadas que se adquieren en tiendas de comestibles, o del menú de restaurantes y cadenas de comida rápida.

En Canadá, si bien la investigación indica que la exposición a la escarola se ha identificado como la fuente del brote, aún no se ha identificado la causa de la contaminación. El análisis de laboratorio indica que la *E. coli* identificada en este brote está genéticamente relacionada con la que causó la enfermedad en un brote en diciembre de 2017, que afectó tanto a consumidores en Canadá como en Estados Unidos, lo que sugiere que puede haber una fuente recurrente de contaminación. Los investigadores están utilizando la evidencia recopilada en ambos brotes para ayudar a identificar la posible causa de la contaminación en estos eventos.

El brote actual parece estar en curso a medida que continúan informándose nuevos casos relacionados con la escarola. Estas enfermedades recientes indican que el vegetal contaminado aún puede estar en el mercado, incluso en restaurantes, tiendas de comestibles y cualquier establecimiento que sirva alimentos.



Debido a que el riesgo continúa, la Agencia de Salud Pública de Canadá está aconsejando a la población de Ontario, Quebec y New Brunswick que eviten consumir escarola y mezclas de ensaladas que la contengan hasta que se sepa más sobre el brote y la causa de la contaminación. También se recomienda a los residentes de las provincias afectadas que desechen la escarola que puedan tener en su hogar, y que laven y desinfecten adecuadamente los recipientes que hayan estado en contacto con esta verdura.

Actualmente, no hay evidencia que sugiera que los residentes en otras partes de Canadá estén afectados por este brote.

La Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos (CFIA) está trabajando con los funcionarios de salud pública y la FDA de Estados Unidos para determinar el origen de la escarola a la que estuvieron expuestos las personas afectadas. Como parte de la investigación de inocuidad de los alimentos, se están analizando muestras de escarola. Hasta la fecha, todos los productos analizados han resultado negativos para *E. coli*. Como no se ha encontrado ningún producto contaminado en el mercado y no se ha identificado la fuente de la contaminación, no ha habido retiros de productos en Canadá ni en Estados Unidos asociados con este brote. Si se identifica una marca o fuente específica de escarola en Canadá, la CFIA tomará las medidas necesarias para proteger a la población, incluyendo el retiro del producto según sea necesario.

## **Chile, Región de Los Lagos: Alerta por brote de difilobotriosis por consumo de pescado crudo** 24 de noviembre de 2018 – Fuente: 24 Horas (Chile)

El Hospital de Puerto Octay, región de los Lagos, informó la detección de un brote de una enfermedad parasitaria denominada difilobotriosis, la que se produce por el consumo de pescado crudo o mal cocido proveniente principalmente de fuentes de agua dulce. Hasta el momento han sido confirmados seis casos de la enfermedad.

Los afectados son personas adultas de entre 30 y 60 años de edad, que admitieron ser consumidores frecuentes de pescado crudo, en su mayoría como ceviche, según informó la Secretaria Regional Ministerial de Salud, Scarlett Beatriz Molt Heise.

La autoridad sanitaria hizo un llamado a la población para que las personas que presenten síntomas tales como distensión o dolor abdominal, diarrea, náuseas y vómitos, se dirijan al hospital de la comuna para recibir el tratamiento correspondiente.<sup>2</sup>



## **Estados Unidos: Más de 2.000 casos de parotiditis en los primeros diez meses del año** 15 de noviembre de 2018 – Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos)

Entre el 1 de enero y el 3 de noviembre de 2018, 47 estados y el Distrito de Columbia notificaron a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) 2.002 casos de parotiditis.

Algunos años se producen más casos de parotiditis que lo normal debido a brotes, los que pueden ocurrir en cualquier época del año, pero a menudo se producen en invierno y primavera. Uno de los principales factores que influyen en los brotes es estar en un ambiente lleno de gente con una persona que tenga parotiditis (como, por ejemplo, estar en la misma clase, jugar en el mismo equipo deportivo o vivir en el mismo dormitorio).

La vacuna triple viral previene la mayoría de los casos de parotiditis y de las complicaciones causadas por esta enfermedad. Dos dosis de la vacuna son 88% (66-95%) eficaces para proteger contra la parotiditis; una dosis es 78% (49 a 92%) eficaz. Los brotes todavía pueden ocurrir en comunidades estadounidenses con una alta tasa de vacunación, en particular en entornos donde haya contacto cercano. En los últimos años, han ocurrido brotes en escuelas, universidades y campamentos. Sin embargo, una alta cobertura de vacunación ayuda a limitar el tamaño, la duración y la propagación de los brotes de parotiditis.

Aunque no es obligatorio reportar los brotes de parotiditis a los CDC, muchos departamentos de salud los contactan cuando enfrentan una cantidad de casos inusualmente alta. En 2015 y 2016 se reportaron a los CDC varios ca-

<sup>2</sup> La difilobotriosis es una parasitosis intestinal humana, producida por especies del género *Diphyllbothrium*. Los hospederos definitivos son el hombre y otros mamíferos. Sólo tres especies del género *Diphyllbothrium* se han encontrado en Sudamérica: *D. latum*, *D. pacificum* y *D. dendriticum*.

*D. latum* en su estado adulto, parasita el intestino humano, y su estadio larval, que es infectante para el hombre (plerocercario), parasita la musculatura de peces, principalmente de agua dulce. El ejemplar adulto mide alrededor de 12 metros, y en algunas ocasiones puede alcanzar hasta 20 metros.

El hombre adquiere la infección cuando ingiere pescado de agua dulce, crudo o poco cocido, que contiene el plerocercario en su musculatura. El hospedero definitivo elimina por las heces los huevos que luego eclosionan en el medio acuático. El ciclo del parásito es complejo e involucra dos hospederos intermediarios. El primer hospedero es un crustáceo o copépodo perteneciente al género *Cyclops* o *Diaptomus* y el segundo hospedero, un pez de agua dulce, tal como salmón, trucha, perca u otros.

Por su parte, *D. pacificum* fue descrito por primera vez en el Hemisferio Sur, tanto en el hombre como en lobos marinos. Este parásito cumple su ciclo evolutivo en el ecosistema marino y no lacustre, como *D. latum*.

Algunos casos de difilobotriosis son asintomáticos, otros presentan síntomas tales como distensión abdominal, flatulencia, náuseas y diarrea. En algunas ocasiones, puede desarrollarse una anemia megaloblástica como resultado de la deprivación de la vitamina B12, pues el parásito compite con el hospedero por la absorción de esta vitamina.

La difilobotriosis humana es frecuente en regiones de lagos como Escandinavia y América del Norte. En los últimos años, se detectaron casos humanos en Italia. En América del Sur, la infección se encuentra en Chile y Perú, pero también se informaron casos en Brasil y Argentina.

tos y brotes, principalmente asociados a entornos universitarios. Estos brotes variaron en tamaño desde unos pocos hasta varios cientos de casos, afectando principalmente a adultos jóvenes, y hay una combinación de factores que probablemente afecte su tamaño –incluida la conocida eficacia de la vacuna, la falta de exposición previa al virus natural y la intensidad del entorno de exposición (como un campus universitario)–, sumada a conductas que aumentan el riesgo de transmisión.

### Brotes de parotiditis en el pasado

- En el periodo 2015-16, se reportaron brotes en varios campus universitarios, incluidos varios brotes pequeños con limitada propagación. Los dos brotes más grandes se produjeron en Iowa e Illinois, donde cada uno afectó a varios cientos de estudiantes universitarios; en ambos lugares se realizaron campañas de vacunación a gran escala.

- En 2014 se reportaron varios brotes asociados a universidades en múltiples estados, incluido uno en una comunidad en Ohio vinculada a una universidad, que afectó a más de 400 personas, y otro que afectó a la Liga Nacional de Hockey.

- Entre 2011 y 2013 se reportaron varios brotes pequeños en campus universitarios en California, Virginia y Maryland. Sin embargo, todos se propagaron de manera limitada y la cantidad de casos a nivel nacional durante ese periodo fue de varios cientos de casos al año.

- Entre 2009 y 2010 ocurrieron dos brotes grandes:

- Un brote que duró varios años afectó a cerca de 3.000 personas, principalmente a estudiantes de escuela secundaria superior que formaban parte de una comunidad religiosa estrechamente unida en la ciudad de New York y que iban a escuelas donde tenían contacto muy cercano. El brote comenzó cuando un estudiante infectado de esta comunidad religiosa regresó de Gran Bretaña, donde estaba ocurriendo un gran brote de parotiditis.

- El segundo brote afectó a unas 500 personas, en su mayoría niños en edad escolar, en el territorio estadounidense de Guam.

- En 2006, Estados Unidos registró un brote multiestatal en el cual se reportaron más de 6.500 casos. Este resurgimiento afectó principalmente a estudiantes universitarios que vivían en el centro del país, con brotes en muchos campus universitarios de esa zona.

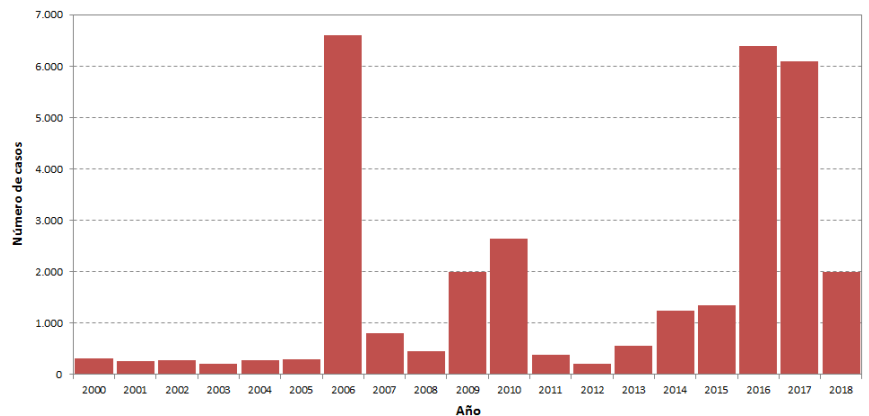


Gráfico 1. Casos notificados. Estados Unidos. Años 2000-2018 (2018 hasta el 3 de noviembre). Fuente: Centers for Disease Control and Prevention.



### Estados Unidos, Louisiana: El gusano *Angiostrongylus cantonensis* está ampliamente distribuido en New Orleans

23 de noviembre de 2018 – Fuente: *Emerging Infectious Diseases*

La infección por *Angiostrongylus cantonensis*, el gusano pulmonar de la rata está generalizada entre los roedores de New Orleans, con una prevalencia general comparable a la de zonas donde el parásito se considera endémico.

El gusano pulmonar de la rata se documentó inicialmente en América del Norte hace unos 30 años, en el litoral de New Orleans. Se completó una encuesta en toda la ciudad, que demostró que ahora está muy extendido y que una variedad más diversa de especies hospedadoras alberga infecciones. Esto indica que existe un mayor riesgo de transmisión a los seres humanos en toda la ciudad, aunque la evidencia de la variación en los hospedadores y la geografía ilustra la importancia de comprender las condiciones socioecológicas que fomentan la infección en ratas.

La investigación ha identificado casos de infección humana por *A. cantonensis* en la parte continental de Estados Unidos, con posibles fuentes que incluyen vegetales crudos de huertos locales. Las personas pueden infectarse al comer caracoles o babosas que han ingerido larvas del parásito de las heces de ratas, o al comer productos crudos contaminados.

Desde que se detectó *A. cantonensis* por primera vez a mediados de la década de 1980 en New Orleans, el parásito parece haberse generalizado en todo el sureste de Estados Unidos.

Para el estudio, se analizaron muestras de biopsias de pulmón de 696 ratas capturadas en 78 sitios de muestreo en nueve áreas de la Parroquia de Orleans, que incluye New Orleans, y un área vecina entre mayo de 2015 y febrero de 2017. Las ubicaciones se seleccionaron para contrastar localidades con diferentes niveles de ingresos, inundaciones y gestión del paisaje posterior al desastre ocasionado por el huracán Katrina en 2005.

Se tomaron muestras de cuatro especies de roedores: rata parda (*Rattus norvegicus*) y rata negra (*Rattus rattus*) en las 10 áreas mencionadas, rata algodónera (*Sigmodon hispidus*) en una zona natural de la Parroquia de Orleans y el Lower Ninth Ward, y rata arrozera (*Oryzomys palustris*) solo en la zona natural.

Los investigadores detectaron *A. cantonensis* en todas las áreas estudiadas, en ratas pardas, ratas negras y ratas algodóneras, pero en ninguna de las cuatro ratas arrozeras capturadas.

La prevalencia global de *A. cantonensis* fue aproximadamente de 38%, similar a la de otras áreas donde el gusano pulmonar de la rata se considera endémico. Sin embargo, la prevalencia varió según el área, la especie hospede-

dadora y la coexistencia de especies hospedadoras. La intensidad de la infección también fue variable, según la especie de roedor.

En las áreas urbanas, como la de New Orleans, las cambiantes condiciones climáticas o los eventos extremos, como los huracanes, junto con las subsecuentes políticas de recuperación, podrían afectar la probabilidad de transmisión a los humanos al influir en la distribución y abundancia de las especies hospedadoras de moluscos y ratas. Debido a que el gusano pulmonar de la rata es solo uno de muchos organismos dañinos transportados por las ratas urbanas, los resultados presentados aquí pueden ser útiles para el seguimiento y la formulación de políticas con respecto a la recuperación de desastres y las enfermedades transmitidas por roedores en general.<sup>3</sup>



### Francia, Guadeloupe: Primer caso confirmado de dengue en más de dos años

18 de noviembre de 2018 – Fuente: Agence regionale de santé - Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy (Francia)

Las fuertes lluvias que han caído sobre Guadeloupe son, sin duda, la causa del aumento en las poblaciones de mosquitos. La agencia regional de salud (ARS) ya ha registrado cinco casos confirmados de dengue en el archipiélago.

De acuerdo con los médicos centinela, los registros de los servicios de vigilancia de la salud indican que, hasta la fecha, se han registrado casos en las siguientes localidades: Petit Bourg (2 casos), Abymes (1), Goyave (1), Pointe à Pitre (1) y Saint Martin (1).

El serotipo circulante es el DENV1. Ningún paciente fue hospitalizado. En Guadeloupe, el último caso confirmado de dengue se había registrado en abril de 2016. Los servicios de control de vectores están altamente movilizados, y recuerdan que el serotipo DENV1 detectado es el mismo que circuló durante la epidemia de 2009-2010.

El temor a una epidemia de esta enfermedad es una realidad, y ha sido tomada muy en serio por las autoridades sanitarias.



## El mundo



### España: En 2017 se notificaron 3.381 nuevos diagnósticos de infección por el VIH

23 de noviembre de 2018 – Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (España)

En el año 2017 se notificó un total de 3.381 nuevos diagnósticos de infección por el VIH. Esto supone una tasa de 7,2 casos cada 100.000 habitantes (a la espera de que se completen las notificaciones por parte de las comunidades autónomas y la cifra pueda aumentar). Se estima que actualmente viven en España entre 140.000 y 170.000 personas con infección por el VIH, de las que casi una de cada cinco (18%) no está diagnosticada.

La mayoría de los casos se produjeron en hombres (84,6%) y la mediana de edad al diagnóstico fue de 35 años. Un 29,3% de los casos tenía menos de 30 años en el momento del diagnóstico y 14,8% tenía 50 años o más.

El modo de transmisión más frecuente fue el sexual. El 54,3% de los diagnósticos se produjeron en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y 28,2% en heterosexuales (15,1% en hombres y 13,1% en mujeres). La transmisión en personas que se inyectan drogas supuso 3,1% del total de casos.

Un 36,1% de los nuevos diagnósticos realizados en 2017 fue en personas nacidas fuera de España. Entre las mujeres, este porcentaje ascendió a 57,3%. Las regiones de origen más frecuentes fueron Latinoamérica y África Subsahariana.

El sistema, que gestiona y coordina el Instituto de Salud 'Carlos III', muestra una evolución de las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2009-2017 con una tendencia ligeramente descendente. Esto se constata en personas que se inyectan drogas y en heterosexuales, tanto hombres como mujeres. En hombres que tienen sexo con hombres solo se observa un descenso a partir de 2015.

Un 47,8% de los nuevos diagnósticos en el año 2017 se realizó de forma tardía. El diagnóstico tardío aumentó con la edad, desde 36,5% entre los 25 y 29 años a 65,2% en los mayores de 49 años, y fue mayor en los casos de transmisión heterosexual. No se observan cambios significativos en el porcentaje de casos con diagnóstico tardío según modo de transmisión.

### #Transmiterespeto

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social relanzó la campaña #transmiterespeto, cuyo objetivo es evitar la estigmatización de las personas con VIH. Se trata de una iniciativa que se enmarca dentro de las directrices del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para luchar contra la discriminación. Con esto, se persigue evitar la exclusión social de las personas con VIH y garantizar su pleno acceso a la sanidad.

Este lema se incluirá en todos los mensajes que se lancen desde el Gobierno en relación al VIH y al sida. También se ha distribuido a las comunidades autónomas y las ONG que trabajan con VIH para que lo difundan. Además, se han elaborado unos spots publicitarios que se emitirán el próximo 1 de diciembre, Día Mundial del Sida.

<sup>3</sup> Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Las mujeres embarazadas son uno de los grupos de riesgo de cara a la epidemia de influenza estacional. De hecho, hace más de una década que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacuna antigripal para este colectivo por el "posible curso grave de la enfermedad durante el embarazo" y también para "proteger a los lactantes contra la influenza durante sus primeros meses de vida, cuando son más vulnerables". Sin embargo, la concienciación social, aunque en alza, no ha cuajado en el colectivo y solo se vacuna alrededor de 20% de las embarazadas. Un análisis retrospectivo a 200.000 embarazadas ha detectado que el riesgo de hospitalización a causa de la influenza es entre cuatro y siete veces mayor en este colectivo.



En el embarazo se producen cambios fisiológicos que aumentan el riesgo de complicaciones, como neumonías o problemas cardiorrespiratorios, si se contrae influenza. Durante la gestación, el organismo sufre una serie de cambios, como el aumento de la frecuencia cardíaca, una disminución de la capacidad pulmonar e incluso una cierta inmunosupresión vinculada a una serie de alteraciones hormonales. Por ello, el riesgo de complicaciones, como una neumonía bacteriana o viral es mayor.

Sobre esta base, se analizó una muestra de 200.000 gestantes entre los años 2008 y 2013 –incluido 2009, el año de la pandemia de influenza A–, su frecuentación a los servicios sanitarios durante la temporada gripal y las hospitalizaciones relacionadas. Como grupo de control se escogió a estas mismas mujeres un año antes de quedar embarazadas. Se comparó la temporada gripal, de noviembre a marzo; y el resto del año, de marzo a octubre. También se realizó un análisis por trimestre de embarazo. Y los resultados son que en temporada de influenza se multiplican por cuatro las visitas al centro de atención primaria por problemas respiratorios o cardíacos. También aumentan entre cuatro y siete veces, según el trimestre de embarazo, las hospitalizaciones por complicaciones graves.

Los resultados de este estudio siguen la línea de otra investigación previa, que apuntaba a que el riesgo de hospitalización con infección grave de influenza aumenta ocho veces con el embarazo. Pese a esto, durante la temporada anterior no se registraron muertes maternas, aunque sí 19 casos de influenza grave en mujeres embarazadas, según la red centinela de casos hospitalizados.

### Riesgos para el feto

Pero el riesgo de complicaciones no es solo para la madre, sino también para el feto. Existe un riesgo más elevado de abortos espontáneos, retraso de crecimiento intrauterino y partos prematuros.

En cualquier caso, si en algo coinciden los expertos es que la mejor medicina para la influenza es la prevención. Y la única herramienta en ese campo es la vacuna que, aunque imperfecta, tiene una efectividad de 60% para evitar complicaciones o mortalidad. En España, no obstante, la cobertura de vacunación contra la influenza en embarazadas es de 20%. En Estados Unidos, la cobertura asciende al 55%. El gran problema es la falta de sensibilización sobre la influenza. Se la ha considerado siempre una enfermedad banal y no hay suficiente concienciación de que puede ser potencialmente complicada.<sup>4</sup>



### Israel: Brote de listeriosis en el sur del país

19 de noviembre de 2018 – Fuente: *דרשמ תואירבה (Israel)*

Funcionarios de salud israelíes informaron haber concluido su investigación sobre un brote de listeriosis, principalmente en el sur del país, dentro de los asentamientos del sector beduino.

Los productos vinculados al brote son fabricados por Almadain Food Products Ltd. (Madco) Ltd., una compañía en Jerusalén.

Más de 30 casos de listeriosis fueron reportados al Ministerio de Salud, algunos graves, que incluyen infección invasiva y mortalidad fetal, principalmente en la región sur, entre los asentamientos del sector beduino.

En la muestra de alimentos realizada por el Servicio Nacional de Alimentos del Distrito Sur según la información que emana de la investigación, se ha encontrado la bacteria *Listeria monocytogenes* en los productos "Jerusalem Deli Pastrami" y "Jerusalem deli Smoked Salami" en paquetes de 200 y 400 gramos elaborados por Almadain Food Products Ltd. (Madco) Ltd. La fecha de elaboración de los productos es el 8 de octubre de 2018 y la fecha de caducidad es el 1 de julio de 2019.



Esto ha provocado un retiro de los productos afectados. El Ministerio de Salud está llevando a cabo una serie de acciones para evitar la posible comercialización de los productos infectados con *L. monocytogenes* de este origen.

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

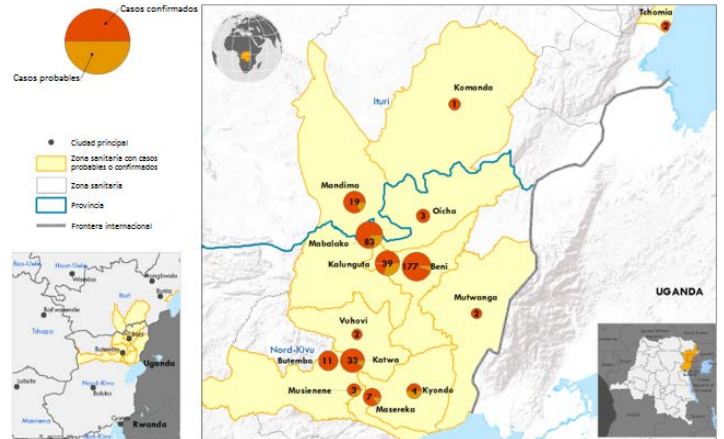


Contener el brote en curso de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo es una tarea compleja y desafiante, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue confiando en que el brote se puede contener con éxito en colaboración con el Ministerio de Salud y sus asociados.

El 16 de noviembre de 2018, un grupo armado atacó la base de la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en la República Democrática del Congo (MONUSCO) en el distrito de Boikene, ciudad de Beni, cerca de las residencias de respuesta de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Las operaciones de respuesta en Beni se detuvieron brevemente, pero todas las actividades, incluida la vacunación, se reanudaron el 18 de noviembre. La OMS condenó los ataques contra el personal de las fuerzas de paz que son parte integral de los esfuerzos en curso para gestionar el brote. La OMS continuará evaluando la situación y los riesgos, y se mantendrá alerta sobre las medidas para proteger al personal de las actividades de respuesta y a los civiles.

Se ha identificado a los centros de salud como una fuente de transmisión de la EVE. Los medicamentos administrados a través de inyecciones fueron una causa importante de infección. Los esfuerzos actuales se centran en mejorar las medidas de prevención y control de infecciones (PCI), que incluyen el suministro de agua y productos de limpieza, la capacitación de proveedores de salud en los centros de salud informales y el fomento de la provisión de medicamentos que no requieran inyecciones.

Durante la semana del 14 al 20 de noviembre, se notificaron 36 nuevos casos confirmados en Beni, Mutwanga, Kalunguta, Butembo, Katwa y Oicha, mientras que se reportaron siete casos probables en Kalunguta. Siete de los nuevos casos fueron bebés recién nacidos y menores de dos años, seis niños de entre 2 y 17 años de edad y una mujer embarazada. Cinco trabajadores de la salud de Beni y Katwa figuran entre los nuevos infectados; 39 trabajadores de la salud han sido infectados hasta la fecha. Diez nuevos pacientes fueron dados de alta de los centros de tratamiento del Ébola (CTE) en Beni (6) y Butembo (4) y se reintegraron a sus comunidades; 113 pacientes se han recuperado hasta la fecha.



Mapa 1. Datos confirmados y probables según zona sanitaria. República Democrática del Congo, provincias de Nord-Kivu e Ituri. Año 2018, hasta el 20 de noviembre de 2018 (n = 386). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

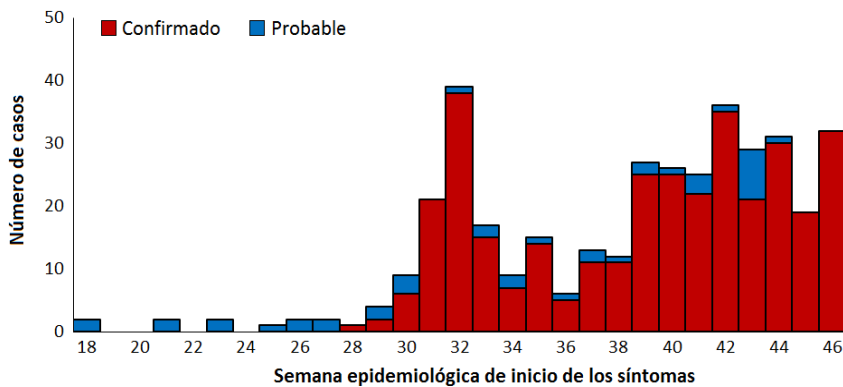


Gráfico 2. Casos confirmados y probables, según semana epidemiológica de inicio de los síntomas. República Democrática del Congo. Año 2018, hasta el 20 de noviembre (n = 382). En cuatro casos se desconoce la fecha de inicio de los síntomas). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Al 20 de noviembre, se han notificado 386 casos (339 confirmados y 47 probables), incluidas 219 muertes (172 confirmadas y 47 probables), en 11 zonas sanitarias en la provincia de Nord-Kivu y tres zonas sanitarias de la provincia de Ituri (ver Mapa 1). Las tendencias generales en la incidencia de casos semanales reflejan la continuación de la transmisión comunitaria en varias ciudades y aldeas en Nord-Kivu (ver Gráfico 2). Dados los retrasos esperados en la detección de casos y las actividades de consolidación de datos en curso, las tendencias, especialmente en las últimas semanas, deben interpretarse con cautela.

El riesgo de que el brote se extienda a otras provincias de la República Democrática del Congo, así como a los países vecinos, sigue siendo muy alto. En el transcurso de la semana pasada, se han informado alertas en Uganda y Zambia; se ha descartado la EVE en todas las alertas hasta la fecha.

### Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud sigue fortaleciendo las medidas de respuesta, con el apoyo de la OMS y sus asociados. Las prioridades incluyen la coordinación de la respuesta, la vigilancia, el rastreo de contactos, la capacidad de laboratorio, la prevención y el control de infecciones (PCI), el manejo clínico de los pacientes, la vacunación, la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad, el apoyo psicosocial, los entierros seguros y dignos (ESD), y la vigilancia transfronteriza y las actividades de preparación en provincias y países vecinos. Para apoyar al Ministerio de Salud, la OMS está trabajando intensamente con una amplia gama de asociados y partes interesadas regionales y mundiales, multisectoriales y multidisciplinarios, para la respuesta a la EVE, la investigación y la preparación urgente, incluso en los países vecinos.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Puede consultar información detallada sobre las acciones de respuesta de salud pública de la OMS y sus asociados, en los informes de situación publicados por la Oficina Regional de la OMS para África, haciendo clic [aquí](#).

## 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; el desplazamiento interno de las poblaciones; y el desplazamiento de refugiados congoleños a países vecinos. El país está experimentando al mismo tiempo otras epidemias (cólera, poliomielitis derivada de la vacuna, malaria) y una crisis humanitaria a largo plazo. Además, la situación de seguridad en Nord-Kivu e Ituri a veces limita la implementación de las actividades de respuesta. La evaluación de riesgos de la OMS para el brote es actualmente muy alto a nivel nacional y regional; el nivel de riesgo global sigue siendo bajo.

Como el riesgo de propagación nacional y regional es muy alto, es importante que las provincias y los países vecinos fortalezcan las actividades de vigilancia y preparación. El Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) informó que no intensificar estas actividades de preparación y vigilancia podría empeorar las condiciones y expandir el brote. La OMS continuará trabajando con los países vecinos y asociados para garantizar que las autoridades sanitarias estén alertas y estén preparadas operativamente para responder.

## Asesoramiento de la OMS

**Tráfico internacional:** La OMS aconseja no restringir los viajes y el comercio con la República Democrática del Congo, con base en la información actualmente disponible. Actualmente no existe una vacuna con licencia para proteger a las personas contra el virus del Ébola. Por lo tanto, cualquier requisito para los certificados de vacunación contra el virus del Ébola no es una base razonable para restringir el movimiento a través de las fronteras o la emisión de visas para pasajeros que salen de la República Democrática del Congo. 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 el tráfico internacional hacia y desde la República Democrática del Congo. Los viajeros deben consultar a un médico antes de viajar y deben practicar una buena higiene.

## Reseña



### Los insospechados lugares que lograron escapar a la peor epidemia del siglo XX

24 de noviembre de 2018 – Fuente: British Broadcasting Corporation (Gran Bretaña)

Sucios y asustados, tres niños pequeños llegaron a la playa. Tenían una fiebre muy alta y detrás de sus diminutos cuerpos, a bordo del pequeño velero del que habían desembarcado, yacían los cuerpos de dos hombres muertos.

El grupo había estado tratando de huir del brote de una enfermedad que había devastado su pequeña y aislada aldea río arriba, en el lugar en el que río Naknek se encalla en la Bahía de Bristol, en Alaska.

Su inesperada llegada a la fábrica de conservas "Diamond O", de la compañía Alaska Packer Association en Naknek, significaba que la "gripe española" que había causado estragos en gran parte del mundo, también había llegado a este rincón remoto de la Tierra cubierto de hielo.

Las inhóspitas condiciones meteorológicas del invierno habían impedido que entre los meses de septiembre y mayo alguien se acercase por aquellos pagos, que hasta ese momento habían logrado escapar de la influenza que había afectado a la población de gran parte del mundo durante el año 1918.



La gripe española había acabado para 1918 con la vida de entre 50 y 100 millones de las personas, más que las muertes causadas por la Primera Guerra Mundial.



Las condiciones inhóspitas de Alaska no le sirvieron para librar a gran parte de su población de la pandemia.

La pandemia se había cobrado ya entre 50 y 100 millones de vidas, más que el número total de muertes por los terrores de la Primera Guerra Mundial.

La llegada de la embarcación a la fábrica de conservas el 4 de junio de 1919 indicó que la enfermedad finalmente había encontrado su camino hacia las remotas comunidades nativas Inuit, pobladoras de la costa de Alaska.

Al día siguiente, el superintendente de la fábrica de conservas envió un equipo a la aldea de los niños para ver si podían ayudar.

Lo que descubrieron fue horroroso.

Los reportes de los hombres de la expedición describieron que el pueblo de Savonoski se encontraba en un "estado deplorable" y "miserable". Casi toda la población adulta de un pequeño grupo de 10 casas estaba muerta.

Los que aún estaban vivos se encontraban gravemente enfermos y contaron cómo sus familiares habían caído desfilados incluso mientras caminaban.

Era una imagen que se repetía en aldeas de toda Alaska.

De algunos lugares surgieron historias de manadas de perros callejeros que se alimentaban de los cuerpos de los muertos. En algunas comunidades, hasta 90% de su población falleció.

### “Comunidades de escape”

Sin embargo, a pocas millas de algunas de las áreas más afectadas de la Bahía de Bristol, una comunidad en un pequeño asentamiento llamado Egegak escapó por completo de la enfermedad.

“Es extraño que Egegak haya sido el único pueblo de la Bahía de Bristol que no tuvo problemas con la enfermedad”, decía en el informe oficial de la epidemia el superintendente de la Alaska Packing Association de Naknek, J.F. Heinbockel.

Otros informes médicos indicaron que algunos habitantes de Egegak mostraban apenas síntomas leves de la enfermedad. Parece que tuvieron suerte.

A medida que el mundo intentaba recomponerse de la pandemia mundial, empezaron a surgir historias de lugares similares que habían escapado al virus.

No había muchos: un puñado de islas remotas, pueblos rurales, asilos amurallados y algunas escuelas estaban entre aquellas localizaciones que no se habían visto afectadas.

Pero la enseñanza sobre la supervivencia de estas llamadas “comunidades de escape” puede resultar muy valiosa hoy en día ya que las autoridades sanitarias temen la próxima pandemia de esta enfermedad.

Las lecciones que contienen se consideran tan importantes que la Agencia de Reducción de Amenazas del Departamento de Defensa de Estados Unidos investigó algunos de los lugares en el país que no habían sido afectados por la gripe española con la esperanza de obtener algunas pistas sobre cómo mantener a salvo al personal militar en el futuro.



Muchos adultos murieron, dejando a sus hijos huérfanos que tuvieron que valerse por sí mismos.



Las aldeas en el río Naknek de Alaska la repentina llegada de la influenza les afectó gravemente.

1918.

La base naval de Estados Unidos en la isla de Yerba Buena, en la Bahía de San Francisco, solo era accesible por barco. Sus 6.000 residentes estaban confinados en la isla y no se permitía a ningún visitante pisar tierra.

“En el momento en el que abres las puertas, el virus entra en los cuerpos de las personas que acceden”, dijo Markel. “El llamado ‘secuestro de protección’ es bueno siempre y cuando lo estés llevando a cabo”.

“Sin embargo, la idea de que hoy en día puedes cerrar una ciudad moderna o incluso una universidad no es muy probable. Es extremadamente caro y molesto”.

### Posible inmunidad

No está claro por qué esos intentos de retrasar la llegada de la enfermedad redujeron las tasas de mortalidad en estos lugares. Pero la investigación sugirió que con el tiempo, a medida que el virus avanzaba a través de las poblaciones, acumulaba mutaciones que naturalmente reducían su capacidad de enfermar.

Otra posibilidad podría ser que algunas poblaciones hubiesen adquirido un grado de inmunidad contra la cepa pandémica.

En total, los autores del informe se centraron en siete comunidades que averiguaron habían escapado del virus, aunque dicen que puede haber otras que no identificaron.

“Estas comunidades básicamente se enclaustraron”, explicó Howard Markel, un historiador epidemiológico de la Universidad de Michigan y uno de los autores del estudio.

“Nadie entraba y nadie salía. Las escuelas estaban cerradas a cal y canto y la gente no se reunía. Se nos ocurrió el término ‘secuestro de protección’ para referirnos a un grupo de personas saludables que está protegido del riesgo de infección de personas externas”.

El hecho de que estas comunidades estuvieran en lugares remotos también ayudó a la protección de algunos sitios en



La capital danesa, København, fue una de las ciudades que escapó a los peores efectos de la influenza en 1918.



Incluso algunos de los asentamientos más aislados de Alaska se infectaron, a menudo a través del correo postal.

pandemias. Hoy en día algunos países ofrecen vacunas anuales contra las cepas de la influenza de temporada que pueden ayudar a sus poblaciones a desarrollar una inmunidad temporal.

Según una investigación realizada por Jodie McVernon, inmunóloga de la Universidad de Melbourne (Australia), esto podría "proporcionar una protección importante en las primeras etapas de una nueva pandemia".

"Cuanto más veces te vacunas, más expuesto estás a las diferentes versiones que puede adoptar el virus", agrega Markel.

Pero incluso en lugares con potencial inmunidad, sus habitantes vieron cómo algunos de los suyos se enfermaban. Esto podría significar que el virus llegó también a estos sitios remotos, pero después de que ya hubiera afectado a otras partes del mundo y algo más debilitado en su incidencia.

### ¿El factor suerte?

Los análisis de sangre realizados en Alaska, sin embargo, han confirmado que algunas poblaciones remotas nunca estuvieron expuestas.

La gente en los asentamientos yupik de Gambell y Savoonga, en la isla de Saint Lawrence, en el estrecho de Bering y en la aún más remota isla de Saint Paul, más al sur, no se encontraron rastros de anticuerpos contra el virus de 1918 cuando tomaron muestras en la década de 1950.

Si bien parece que estos lugares estaban protegidos en gran medida solo por su geografía, otras comunidades tomaron medidas para aislarse con sus propias manos.

Los pobladores de Barrow y Wainwright del norte de Alaska colocaron guardias armados alrededor de sus aldeas y se prohibió viajar entre los diferentes asentamientos.

Cuando los científicos testaron a personas que vivían en una serie de asentamientos remotos en el norte de Alaska, descubrieron que también estaban libres de anticuerpos, lo que sugiere que nunca habían sido expuestos.

Parece que a muchas de estas aldeas se les advirtió por adelantado del virus que se avecinaba cuando se propagó a través de Alaska.

"Algunos lugares fueron puestos sobre aviso", dice Nicole Braem, antropóloga cultural de la Reserva Nacional de Bering Land Bridge, que forma parte del Servicio de Parques Nacionales de Estados Unidos.

"Numerosos asentamientos en Alaska no se vieron afectados, en gran parte debido a las cuarentenas establecidas a lo largo de las rutas de viaje o por su lejanía. Las comunidades en ese momento eran muy autosuficientes para la comida y la ropa. No dependían tanto de los alimentos y bienes importados de otros lugares de Estados Unidos, en comparación con los de hoy".



El estado australiano de Hobart instauró una estricta cuarentena y sufrió muy pocas muertes.

En Dinamarca, por ejemplo, la pandemia mató "solo" a 0,2% de la población, mientras que en Australia fue 0,3%. China también escapó, con relativamente pocas muertes, algo atribuible a una posible inmunidad dentro de la población.

"Esto se conoce como la 'hipótesis del reciclaje de antígenos'", dijo el profesor Gerardo Chowell, un epidemiólogo de la Universidad Estatal de Georgia, Estados Unidos, que ha tratado de recomponer los eventos que llevaron a la pandemia de 1918.

"En algunas áreas, las poblaciones de mayor edad no se vieron tan afectadas porque tenían alguna protección que probablemente adquirieron cuando eran niños".

Si bien la idea aún se debate, brindó algunas pistas que podrían ayudar a los expertos en salud en la lucha contra futuras



Los investigadores buscan pistas en el pasado de cómo afectó la gripe española para prevenir posibles pandemias en el futuro.

ayudar a los expertos en salud en la lucha contra futuras pandemias.

Según una investigación realizada por Jodie McVernon, inmunóloga de la Universidad de Melbourne (Australia), esto podría "proporcionar una protección importante en las primeras etapas de una nueva pandemia".

"Cuanto más veces te vacunas, más expuesto estás a las diferentes versiones que puede adoptar el virus", agrega Markel.

Pero incluso en lugares con potencial inmunidad, sus habitantes vieron cómo algunos de los suyos se enfermaban. Esto podría significar que el virus llegó también a estos sitios remotos, pero después de que ya hubiera afectado a otras partes del mundo y algo más debilitado en su incidencia.

### ¿El factor suerte?

Los análisis de sangre realizados en Alaska, sin embargo, han confirmado que algunas poblaciones remotas nunca estuvieron expuestas.

La gente en los asentamientos yupik de Gambell y Savoonga, en la isla de Saint Lawrence, en el estrecho de Bering y en la aún más remota isla de Saint Paul, más al sur, no se encontraron rastros de anticuerpos contra el virus de 1918 cuando tomaron muestras en la década de 1950.

Si bien parece que estos lugares estaban protegidos en gran medida solo por su geografía, otras comunidades tomaron medidas para aislarse con sus propias manos.

Los pobladores de Barrow y Wainwright del norte de Alaska colocaron guardias armados alrededor de sus aldeas y se prohibió viajar entre los diferentes asentamientos.

Cuando los científicos testaron a personas que vivían en una serie de asentamientos remotos en el norte de Alaska, descubrieron que también estaban libres de anticuerpos, lo que sugiere que nunca habían sido expuestos.

Parece que a muchas de estas aldeas se les advirtió por adelantado del virus que se avecinaba cuando se propagó a través de Alaska.

"Algunos lugares fueron puestos sobre aviso", dice Nicole Braem, antropóloga cultural de la Reserva Nacional de Bering Land Bridge, que forma parte del Servicio de Parques Nacionales de Estados Unidos.

"Numerosos asentamientos en Alaska no se vieron afectados, en gran parte debido a las cuarentenas establecidas a lo largo de las rutas de viaje o por su lejanía. Las comunidades en ese momento eran muy autosuficientes para la comida y la ropa. No dependían tanto de los alimentos y bienes importados de otros lugares de Estados Unidos, en comparación con los de hoy".

En el mundo moderno, cerrar asentamientos como este sería mucho más difícil. Pocos lugares ahora no dependen de los bienes traídos de otra parte del mundo.

Las redes de transporte también hacen que muchos lugares ya no sean realmente remotos.

"En 1918 tenían muy poca idea sobre el virus o la causa de la pandemia", dijo Howard Markel.

"Hoy sabríamos mejor cómo enfrentarlo: tenemos antivirales, hospitales con unidades de cuidados intensivos, respiradores y muchos más sistemas de control, monitoreo y vigilancia. Pero viajamos más lejos y más rápido que nunca, por lo que la propagación podría ser mucho más rápida de lo que podríamos hacer frente".

También existieron algunas comunidades en 1918 que escaparon al virus contra todo pronóstico.

Las 737 personas que viven en la ciudad de Fletcher, en Vermont (Estados Unidos), desafiaron el consejo de evitar tener contacto con el mundo exterior, organizar un baile y asistir a una feria del condado en una ciudad vecina.

La ciudad incluso organizó una boda para un soldado de un campamento militar en Massachusetts que vio a 28% de su población afectada por la dolencia y sufrió 757 muertes en el mismo mes en el que tuvo lugar la boda.

A pesar de los 120 invitados que asistieron al enlace, fue como si los residentes de Fletcher hubieran esquivado una bala.

Y esta buena fortuna es quizás la mayor lección que las comunidades de escape de 1918 tienen que ofrecer al personal sanitario de hoy en día. Muchas comunidades que implementaron medidas rígidas de protección y cuarentena fueron igualmente víctimas de la pandemia.

“Aunque sabían sobre la influenza e hicieron lo que pudieron para evitar que llegara, llegó de todos modos”, dijo Katherine Ringsmuth, una historiadora. “La enfermedad golpeó tan rápido que la mayoría de las personas no tuvieron la oportunidad de responder”.

Una caída en las reservas de salmón podría haber ayudado en última instancia a la aldea de Egegak. “Fue un año terrible para el salmón, ya que habían estado produciendo tanto salmón enlatado para la guerra que había tenido lugar en Europa que hizo que el número de peces disminuyera”, cree Ringsmuth.

“Dadas estas circunstancias, simplemente puede ser que nadie haya tenido ninguna razón para visitar la zona”, teorizó la académica.

La supervivencia, al parecer, a veces puede reducirse a la suerte ciega.



Algunos lugares escaparon de la enfermedad contra todo pronóstico, ¿cuestión de suerte, inmunidad o debilitamiento del virus?

## Publicidad relacionada con la salud

# ALERTA SARAMPIÓN

### ¿Qué es el sarampión?

Es una enfermedad viral potencialmente grave y muy contagiosa.

### SÍNTOMAS

- FIEBRE ALTA
- SECRECIÓN NASAL
- TOS
- CONJUNTIVITIS
- MANCHAS BLANCAS EN LA BOCA Y CARA INTERNA DE LA MEJILLA
- MANCHAS ROJAS EN LA PIEL

### RECOMENDACIONES ANTE CIRCULACIÓN DEL VIRUS DE SARAMPIÓN Y RIESGO DE REINTRODUCCIÓN EN LA ARGENTINA

#### PREVENCIÓN

La única forma de prevenir la enfermedad es con la **VACUNACIÓN ADECUADA**.

#### VACUNA TRIPLE VIRAL

- Previene el sarampión, la rubeola y las paperas.
- Se aplica a los 12 meses de vida y al ingreso escolar (5-6 años).

**No hay tratamiento específico para la enfermedad.**

#### RECOMENDACIONES PARA VIAJEROS

(Brasil, Canadá, Colombia, Guatemala, Estados Unidos, Europa, México, Perú y Venezuela)

- Verificar tener completo el esquema de vacunación.
- Niños, de 6 a 11 meses, deben recibir una dosis de esta vacuna.
- En caso de presentar síntomas durante el viaje o dentro de las tres semanas del regreso, consultar inmediatamente al médico.

**SAP**  
SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
www.sap.org.ar  
Av. Cornejo Díaz 1917/75 (C1425DDP) - CABA - Argentina  
Tel. (54-11) 4921-9912 - institucional@sap.org.ar

Por un niño sano en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría (2018. Argentina).

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.