



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.

2.149

11 de febrero de 2019

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

- Chubut, El Maitén: Se registraron dos nuevos casos de hantavirus y ya suman 34 en la provincia

América

- Brasil, Piauí: Caso de fiebre del Nilo Occidental en Picos
- Brasil, Rondônia: Investigan 30 casos humanos de viruela bovina en humanos en Ouro Preto do Oeste
- Ecuador/Perú: La inestabilidad política en Venezuela influye sobre el resurgimiento de la malaria en la frontera entre estos dos países
- Estados Unidos, Florida: Reportan 189 casos de hepatitis A en enero
- México: Confirman 395 muertes por influenza
- Panamá, Comarca Ngäbe-Buglé: El VIH es una de las principales causas de muerte

- Paraguay registra 60 casos confirmados de dengue y 1.833 casos sospechosos

- Venezuela, Anzoátegui: Un brote de enfermedades diarreicas afecta a 4.000 personas

El mundo

- China reportó más de 30.000 casos importados de enfermedades infecciosas entre 2005 y 2016
- España, Euskadi: Confirman cinco casos de legionelosis en Vitoria-Gasteiz
- India: Reportan muertes por influenza A(H1N1)
- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola
- Tailandia: Más de 600 casos de sarampión en el primer mes de 2019

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/



Chubut, El Maitén: Se registraron dos nuevos casos de hantavirosis y ya suman 34 en la provincia

9 de febrero de 2019 – Fuente: Radio Mitre (Argentina)

Dos nuevos casos de hantavirosis se confirmaron en la provincia de Chubut y, de esta forma, ya suman 34. Se trata de una mujer y su hija, quienes estaban sospechadas de sufrir contagio por parte de un familiar. Así lo confirmó el Ministerio de Salud a través del nuevo parte difundido el 8 de febrero.

La madre, de 56 años, y su hija, de 26, son de la localidad de El Maitén. Habían ingresado el jueves al Hospital de Esquel como casos sospechosos y ahora permanecen en sala común de aislamiento luego de dar positivo. Se encontraban dentro del grupo que cumplía con el aislamiento respiratorio selectivo.

De acuerdo a lo que informaron las autoridades del establecimiento médico, la mayor complicación podría darse en la madre. Incluso, se estaba evaluando el 8 de febrero su traslado a la unidad de terapia intensiva.

El padre de la familia fue la vía de contagio, ya que cerca de 10 días atrás había sido dado de alta tras confirmarse que tenía hantavirosis.

Jorge Elías, director del Hospital de Esquel, señaló que, a pesar de los nuevos dos casos que se suscitaron en solo un día, "estamos en franca declinación del brote, sin que se presenten situaciones por fuera de aquellas personas que están aisladas".

No obstante, aclaró que "esto marca que bajo ningún punto de vista se pueden bajar los brazos y decir que ya pasó el brote, si bien había más tranquilidad por estar en una fase decreciente del virus".

El brote de hantavirosis comenzó en diciembre en la localidad de Epuén, en una fiesta a la que concurrió un trabajador rural que había contraído el virus limpiando un galpón. En ese evento, se contagió una adolescente que resultó la primera víctima fatal, de las 11 que ya se registraron en la provincia.

El reservorio del virus es el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*), que habita en la zona cordillerana, sobre todo en verano. También hubo casos en otros lugares del país, pero a diferencia de Chubut no fueron por contagios entre humanos.

Volverían los aislamientos

Chubut evalúa reinstalar los aislamientos en el territorio provincial por 45 días tras la confirmación de estos dos nuevos casos.

El ministro de Salud provincial, Adrián Pizzi, justificó el fin de los aislamientos, porque para el 31 de enero ya habían pasado "más de veinte días sin nuevos casos". Ante la Legislatura, manifestó que "se puede decir que el brote encuentra su cauce y se encuentra en una fase de control". Y apuntó a la segunda quincena de febrero para "retomar todas las actividades sociales habituales", y que para entonces "ya no va a quedar gente en aislamiento, si todo continúa como está y no hay más casos". Fue más allá y aseguró que "no hay hoy un riesgo o una situación epidemiológica que amerite que este tipo de actividades se postergue", en alusión a las fiestas postergadas, el comienzo de clases y el calendario electoral.

La incógnita radica en si estos dos nuevos casos se les levantó anticipadamente el aislamiento y han estado en contacto, con sintomatología, con otras personas; a esas personas se las debe aislar como mínimo otros 45 días, por lo que el fin del aislamiento parece haber sido un error.

Ahora resta saber si se retoman plazos de 45 a 75 días para los aislamientos en los casos de aquellos que estuvieron en contacto con los dos nuevos infectados. Los propios vecinos de Epuén ya habían pedido que "se mantengan los aislamientos" en una carta entregada al intendente de la localidad. En la misiva alegan que es "una falta de prudencia distender las medidas de prevención".

Incluso, el payaso Piñón Fijo canceló una actuación en la Fiesta del Bosque, en Lago Puelo, por "la preocupación de ser vehículo y parte de una determinación por los menos riesgosa en el marco epidemiológico en el que esa región ha sido afectada hasta hace pocos días y con casos actualmente en estudio".



Brasil, Piauí: Caso de fiebre del Nilo Occidental en Picos

8 de febrero de 2019 – Fuente: Secretaria da Saúde – Governo do Estado do Piauí (Brasil)

La Secretaría de Estado de Salud de Piauí (SESAPI) confirmó el 8 de febrero otro caso humano de enfermedad neurológica por el virus de la fiebre del Nilo Occidental en el Estado. El caso corresponde a una joven residente en la zona rural de Picos, que sufrió un cuadro de parálisis muscular flácida aguda, en 2017. La paciente estuvo internada en el Hospital de la Universidad Federal de Piauí; se aplicó el protocolo de investigación es-

tándar para diagnóstico de enfermedades neuroinvasivas implantado por la SESAPI, recibió tratamiento y se recuperó por completo. Las muestras fueron recolectadas en ese momento, pero el Ministerio de Salud liberó los resultados recién a principios de 2019, indicando la presencia de anticuerpos neutralizantes contra el virus en la sangre de la paciente.

El primer caso de fiebre del Nilo Occidental en Piauí –y hasta entonces el único– se había registrado en agosto de 2014: un vaquero procedente de la ciudad de Aroeiras do Itaim. En realidad, se trataba del primer caso de la enfermedad en el país. En su momento, los exámenes realizados en aves y équidos de la región indicaron que estos animales también tuvieron contacto con el virus. Hasta el presente, exámenes de otros 32 casos humanos sospechosos tuvieron resultado “indeterminado” en el estado. En abril de 2018, fue detectado el virus del Nilo Occidental en el cerebro de caballos enfermos y muertos con síntomas neurológicos en el estado de Espírito Santo, pero sin confirmación de casos humanos en ese estado.

Desde el año 2014, el Estado de Piauí monitorea intensamente los casos de enfermedad neurológica y analiza todos los casos sospechosos notificados de la enfermedad, tanto en la red hospitalaria pública como privada.



Brasil, Rondônia: Investigan 30 casos humanos de viruela bovina en humanos en Ouro Preto do Oeste

6 de febrero de 2019 – Fuente: G1 (Brasil)

Se están investigando treinta casos de viruela bovina en humanos en la ciudad de Ouro Preto do Oeste, en la Región Central del estado de Rondônia. Los casos pueden haber ocurrido en el mes de enero, según la Secretaría Municipal de Salud.

La viruela bovina se caracteriza por lesiones en la ubre de las vacas y en la boca de los terneros que maman de animales enfermos. La enfermedad es causada por un virus y transmitida al hombre a través del contacto con las heridas del animal, provocando lesiones en las manos, brazos y antebrazos humanos.

La transmisión de esta enfermedad entre los animales ocurre, principalmente, a través de las manos de los productores rurales. Según las autoridades sanitarias, las heridas provocadas por la viruela pueden tardar meses en cicatrizar, tanto en el hombre como en el animal.

Ante esta situación, la Agencia de Defensa Sanitaria Agrosilvopastoril del Estado de Rondônia (IDARON) está planificando acciones integradas entre las secretarías de salud. La idea es intentar contener un posible brote de la viruela en Ouro Preto do Oeste y en la región.

“Vamos a trabajar en conjunto para diagnosticar los casos y actuar. En las propiedades con estos problemas, se recomienda que los propietarios consulten a la IDARON para conocer la forma de tratamiento de los animales. También recomendamos que los productores, antes del ordeño de los animales, siempre tengan en cuenta la higiene y los mantengan en cuarentena, cuando provengan de otras propiedades”, destacó el agente fiscal de IDARON en la ciudad, Jean Ramos dos Santos.

La Secretaría de Salud también está adoptando medidas para combatir la enfermedad.

“Varios equipos se están desplazando a las unidades de salud para orientar a los médicos, los técnicos de enfermería y los agentes de salud. El 21 de febrero vamos a reunirnos con todos los agentes de salud para recoger más información”, destacó el secretario de salud de Ouro Preto do Oeste, Cristiano Pereira Ramos.



Heridas causadas por la viruela bovina en las ubres de una vaca.



Ecuador/Perú: La inestabilidad política en Venezuela influye sobre el resurgimiento de la malaria en la frontera entre estos dos países

30 de enero de 2019 – Fuente: *Emerging Infectious Diseases*

La malaria es una infección parasitaria transmitida por vectores, causada por *Plasmodium* spp. y transmitida por mosquitos *Anopheles*, caracterizada por fiebre y hemólisis con potencial crónico y fatal. A pesar de los avances sustanciales hacia la eliminación en las Américas, la malaria sigue siendo una preocupación importante: en 2017 se registraron 975.700 casos y 138 millones de personas estaban en riesgo. La mayoría de los casos de malaria en América del Sur ocurren en la región amazónica, y la infección por *P. vivax* es más común aquella por *P. falciparum*.

La malaria por *P. vivax* y *P. falciparum* fue históricamente endémica de la región fronteriza costera entre Ecuador y Perú. Durante el período 1990-2012, se reportó un total de 62.000 casos de malaria en la provincia de El Oro, Ecuador, y 85.605 en la región de Tumbes, Perú. Mediante el control de vectores y la vigilancia activa y la respuesta a casos, la malaria se eliminó de El Oro en 2011 y de Tumbes en 2012. Sin embargo, los casos de malaria en otras partes de Ecuador aumentaron de 378 en 2013 a 1.279 en 2017. Perú y otros países de la región también informaron un aumento de la malaria en 2017, lo que indica un mayor riesgo de reintroducción en áreas de eliminación. En 2017, solo Venezuela representó más de la mitad de todos los casos de malaria en las Américas.

El sector de salud pública en Venezuela está luchando contra las epidemias de enfermedades infecciosas, incluida la malaria, a pesar de un programa de control de la malaria históricamente exitoso. El empeoramiento de la crisis social y económica ha llevado a una migración a gran escala desde y dentro de Venezuela. La escasez de medica-



Mapa 1. Probable ruta de migración de los casos importados de malaria.

en inmigrantes venezolanos que ahora viven en la provincia, y tres fueron casos autóctonos en personas que residen en Tumbes. Una investigación epidemiológica reveló que los casos autóctonos no tenían antecedentes de viaje fuera de la región.

No se puede determinar si los inmigrantes de Venezuela estuvieron expuestos a la malaria en Venezuela o durante el tránsito. En cualquier caso, esta población representa un grupo altamente vulnerable, con problemas complejos de tratamiento. La malaria debe considerarse en el diagnóstico diferencial para pacientes febriles de Venezuela y para poblaciones locales en áreas cercanas de Sudamérica. El tránsito de la población migrante presenta problemas de seguimiento del tratamiento. El período de incubación para la malaria por *P. vivax* es de 12-18 días y, para la malaria por *P. falciparum*, de 9-14 días. Los pacientes a menudo presentan malaria no tratada o inadecuadamente tratada. Los casos importados son la fuente probable de los casos transmitidos localmente en la región de Tumbes y la provincia de El Oro, porque los mosquitos vectores primarios (*An. albimanus* y *An. punctimacula*) siguen siendo abundantes en esta área. Otra preocupación es la recaída por hipnozoitos de *P. vivax* latentes, que pueden ocurrir hasta varios años después de la infección inicial. Los problemas con la primaquina (es decir, los metabolizadores deficientes de CYP2D6 o el riesgo de hemólisis en pacientes con deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa) complican el tratamiento de los hipnozoitos latentes que causan recaídas. Un nuevo tratamiento, la tafenoquina, que todavía causa hemólisis en la deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, fue aprobado recientemente en Estados Unidos como una dosis única para la prevención de la recaída de la malaria por *P. vivax*, aunque este medicamento podría no alcanzar el objetivo en los grupos de riesgo en Sudamérica. Ecuador y Perú actualmente siguen las pautas de la Organización Panamericana de la Salud con respecto al uso de la primaquina.

Los ministerios locales de salud respondieron rápidamente a estos casos e implementaron la vigilancia. Sin embargo, las reducciones en los recursos luego de la eliminación de la transmisión local de la malaria en 2011-2012 limitaron considerablemente los esfuerzos de control de la malaria en Ecuador y Perú. Los casos importados de malaria en la región fronteriza entre Ecuador y Perú representan una seria amenaza de un resurgimiento continuo de la transmisión local. Urgen soluciones internacionales para la crisis humanitaria de Venezuela y el aumento de la vigilancia y el control de las enfermedades infecciosas a lo largo de las rutas de migración y en las regiones circundantes.¹

mentos antimaláricos y los laxos esfuerzos de control en el país han exacerbado la situación, afectando a los países de América del Sur. Muchas personas están migrando desde Venezuela a través de Colombia y Ecuador para llegar a Perú y al Cono Sur de Sudamérica, deteniéndose en diversos lugares a lo largo de su camino (ver Mapa 1).

Entre febrero y noviembre de 2018, se detectaron siete casos de malaria (seis por *P. vivax*, una por *P. falciparum*) en adultos en la provincia de El Oro, que fueron informados al Ministerio de Salud de Ecuador. Cinco casos ocurrieron en migrantes recientes de Venezuela, y uno fue importado de Perú. El caso más reciente, informado en noviembre de 2018, fue autóctono. La infección por *Plasmodium* spp. fue confirmada en el laboratorio nacional de referencia en Guayaquil, Ecuador. La vigilancia activa a 1 km de la residencia de cada paciente no reveló casos agudos y los frotis de gota gruesa de colaterales fueron negativos. Los equipos de entomología documentaron la presencia de mosquitos *Aedes aegypti* y *Culex* spp. en los hogares, pero no *Anopheles*. Todas las residencias tenían infraestructura básica y no tenían antecedentes de malaria desde la eliminación local en 2011.

Entre mayo y octubre de 2018, se detectó un total de 20 casos de malaria por *P. vivax* en adultos en la región de Tumbes, que fueron informados al Ministerio de Salud de Perú. Diecisiete casos ocurrieron



Estados Unidos, Florida: Reportan 189 casos de hepatitis A en enero

9 de febrero de 2019 – Fuente: Florida Department of Health (Estados Unidos)

Funcionarios de salud del estado de Florida informaron 189 casos de hepatitis A en 26 condados en enero de 2019.

El mes pasado, 56 casos (29%) estaban coinfectados con hepatitis B o C crónica. La coinfección con más de un tipo de hepatitis viral puede provocar una enfermedad hepática más grave y aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de hígado.

Esto lleva el total de casos en este brote a 736 desde 2018. Alrededor de 70% de los casos requirieron hospitalización y cinco personas murieron.

Desde el 1 de enero de 2018, 97% de los casos de Florida (711) probablemente se han adquirido en Florida. Los casos que probablemente se adquieren en el estado comparten varios factores de riesgo comunes: son personas usuarias de drogas (tanto inyectables como no inyectables), que se identifican como hombres que tienen sexo con hombres y aquellas que recientemente están en situación de calle.

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

Los funcionarios de salud dicen que las personas con cualquiera de estos factores de riesgo deberían recibir la vacuna contra la hepatitis A, y se alienta a los proveedores a que ofrezcan activamente esta vacuna a las personas en riesgo. La vacunación es la mejor manera de prevenir la infección por hepatitis A.

Las tasas de hepatitis A han disminuido en más de 95% desde que está disponible la primera vacuna, en 1995. Sin embargo, desde marzo de 2017, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos han estado monitoreando brotes en 15 estados entre personas que usan drogas y personas sin hogar. Kentucky y West Virginia han sido los más afectados, y los esfuerzos de respuesta continúan.



México: Confirman 395 muertes por influenza

9 de febrero de 2019 – Fuente: Diario de México (México)

Durante la temporada de influenza 2018-2019, se han confirmado en México 4.116 casos de esta enfermedad y 395 muertes relacionadas con la misma.

La Dirección General de Epidemiología, de la Secretaría de Salud, informó que se han notificado 31.131 casos; sin embargo, sólo se han confirmado 4.116.

También detalló que hasta la semana epidemiológica 6 del presente año, 86% de los casos corresponde a la influenza A(H1N1).

Las entidades que más casos confirmados de influenza han registrado son: Tlaxcala, Baja California Sur, Zacatecas, Aguascalientes y Chihuahua. Mientras los estados con mayor índice de mortalidad son: Baja California Sur, Tlaxcala, Hidalgo, Zacatecas y Durango.

Los grupos etarios más afectados por el virus A(H1N1) son los niños menores de 9 años y los mayores de 40 años, de los cuales 51% han sido mujeres.

La razón por la que las personas han fallecido por influenza es por una demanda tardía de atención médica (30,6%) o un retraso en el inicio del antiviral oseltamivir (45,3%).



La Prensa

Panamá, Comarca Ngäbe-Buglé: El VIH es una de las principales causas de muerte

10 de febrero de 2019 – Fuente: La Prensa (Panamá)

A diferencia del resto de Panamá, donde las personas mueren por tumores, enfermedades cerebrovasculares o problemas cardíacos, en la comarca Ngäbe-Buglé las principales causas de defunción son la diarrea, los hechos violentos y el VIH, en ese orden.

Una realidad que inquieta a Orlando Francisco Quintero Arosemena, director de la Fundación Pro Bienestar y Dignidad de las Personas Afectadas por el VIH/Sida (PROBIDSI-DA), quien considera que actualmente no hay un compromiso real en el país para acabar con esta epidemia.

Los datos más recientes sobre la realidad del VIH en Panamá y que provienen del Ministerio de Salud, dan cuenta de que en 2017 esa fue la novena causa de muerte en el país, con 551 defunciones. No obstante, cuando se evalúa específicamente la comarca Ngäbe-Buglé, se ubica como la tercera causa de decesos, solo superada por la diarrea y los hechos violentos.

Para los conocedores del tema, el VIH encuentra allí territorio fértil porque esta población practica la poligamia, comienza la vida sexual temprano y es más difícil el acceso a un condón.

Además, tiene tendencia a migrar, y las comunidades están distantes de los puestos de atención sanitaria.

Quintero calificó como dramático que esa sea la tercera causa de muerte en una región del país, cuando la tendencia es a erradicar el virus en todo el mundo.

Por ejemplo, las cifras señalan que en 2017, un total de 80 personas fallecieron a causa de diarrea en esa comarca, mientras que 71 murieron como consecuencia de la violencia, y 48 por VIH/sida.

Además, resalta el hecho de que los jóvenes son los más afectados por el virus. En efecto, entre las víctimas figuran personas de entre 20 y 24 años, con 13 muertes; y de entre 25 y 29 años de edad, con 10 decesos.

Y si se quiere ver el tema a largo plazo, con el paso de los años el escenario se ha complicado, ya que en 2008 en la región indígena solo se reportaron 10 muertes por sida, mientras que en la actualidad la cifra se ha triplicado.

Para el activista, este problema debe ser asumido con responsabilidad por los gobernantes y la sociedad civil en general. "Todo indica que no hay conciencia del riesgo entre los jóvenes, y en el caso de la comarca Ngäbe-Buglé, hay que redoblar los esfuerzos", acotó.

Además, recordó que Panamá suscribió los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que buscan para el año 2030, entre otros temas, poner fin a la epidemia del VIH/sida.



De hecho, como parte de esas metas, para el año 2020 el país debe identificar a 90% de la población portadora del virus.

Como parte de ese reto, se han instalado en el país 16 clínicas antirretrovirales para la atención gratuita de personas con VIH. En estas clínicas los pacientes son evaluados por un equipo integrado por enfermeras, laboratoristas, psicólogos, trabajadores sociales e infectólogos.

César Gantes, director de la clínica antirretroviral del Ministerio de Salud en la comarca Ngäbe-Buglé, conoce bien el tema y calculó que todos los años ingresan en ese sitio de atención médica entre 150 y 200 casos nuevos.

Gantes expresó que dentro de la clínica se están haciendo grandes esfuerzos por captar la mayor cantidad de pacientes positivos o que estén en riesgo, como los que comenzaron su vida sexual de forma temprana.

“Se está haciendo hincapié en jornadas escolares, específicamente en el tema de la salud sexual preventiva del Ngäbe”, puntualizó.

Adicionalmente, detalló que cuentan con el apoyo de educadores en temas de salud, que trabajan en educar sobre tuberculosis y VIH, y que son pagados por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Abordan también la tuberculosis, porque se trata de la infección oportunista que aparece con mayor frecuencia en el paciente con sida dentro de la comarca indígena.

En las clínicas ahora mismo reciben tratamiento 800 pacientes con VIH y que fueron captados oportunamente.

“Nuestro objetivo es diagnosticar a los pacientes y vincularlos a la clínica, de manera que reciban el tratamiento. Si se logra esto, no infectarán a otras personas”, manifestó Gantes.

En la comarca Ngäbe-Buglé había un déficit de técnicos médicos que hicieran las pruebas del VIH para diagnosticar a los pacientes, pero hace algunas semanas, el Ministerio de Salud emitió un decreto para que galenos y enfermeras practiquen la prueba.

“Antes, si una mujer daba a luz, no podíamos aplicar la prueba. Pero ahora ya podemos hacer ese tipo de controles, lo que facilita un diagnóstico más temprano del virus”, mencionó.

Por su parte, el dirigente del Movimiento de la Juventud Ngäbe, Ricardo Alexander Miranda Galindo, manifestó que muchos de los puestos de salud en la comarca no tienen medicinas y otros están prácticamente cerrados, lo que dificulta la atención de los pacientes con VIH.

Miranda expresó que la población tiende a migrar por diversos factores, como el laboral, incluso dentro de la comarca, lo que la hace propensa a trasladar el virus y, muchas veces, ni siquiera sabe que es portadora.

De acuerdo con los últimos cálculos de la Contraloría General de la República, en esta comarca hay 250.000 habitantes.



Paraguay registra 60 casos confirmados de dengue y 1.833 casos sospechosos

9 de febrero de 2019 – Fuente: ABC (Paraguay)

La Dirección de Vigilancia de la Salud está trabajando intensamente con el Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (SENEPA) en todo Paraguay, especialmente en Alto Paraná, distrito de Minga Guazú, donde se confirmaron la semana pasada 18 casos de dengue. Hoy el número de personas con dengue trepó a 55 solo en esa ciudad, por el serotipo DENV-4, y se sumaron dos más en Amambay (DENV-2), manteniéndose los dos casos en Central (DENV-1), y uno en Paraguari (DENV-4).

“Ahora tenemos una media de 1.800 sospechas de arbovirosis, y de eso hemos confirmado 60 casos de dengue y 6 de fiebre chikungunya. Tenemos un brote activo en Minga Guazú y allí estamos realizando un rastillaje para detectar si no hay más casos y evitar que la epidemia se disperse desde esa zona. La mayoría de los nuevos casos detectados se automedicaron y no fueron a consultar, lo que obstaculiza el trabajo de bloqueo del virus, que va en aumento”, informó el titular de Vigilancia de la Salud, Dr. Víctor Guillermo Sequera Buzarquis.

Por su parte, la Dra. María Teresa Barán Wasilchuk, titular del SENEPA, señaló que lamentablemente la ciudadanía no está tomando en serio el peligro de una nueva epidemia de dengue, porque no colabora en la eliminación de los criaderos.

“Estamos encontrando piletas de criaderos, es una verdadera vergüenza. Se está poniendo en riesgo a las familias y lo peor de todo es que yo puedo eliminar el criadero de mi casa pero si mi vecino no hace el mismo trabajo igual prevalece el riesgo. El nivel de consciencia es cero. En algunas viviendas no nos permiten entrar y en otras que ya formaron parte de nuestras campañas, cuando volvemos a visitarlas en la semana siguiente nos topamos otra vez con los mismos criaderos. La población no ayuda para nada”, afirmó Barán.

La directora del SENEPA advirtió que el índice de infestación larvaria a nivel nacional es de 4%, pero en algunos distritos trepa a 16%, lo cual es muy preocupante para las autoridades.

Equipos del SENEPA y Vigilancia están trabajando casa por casa para evitar la propagación del virus.

La epidemia de dengue de 2013 en Paraguay fue la peor registrada en la historia del país: se confirmaron más de 150.000 casos, y se produjeron 252 fallecimientos.

Desde el año 2009, el dengue es un problema cotidiano de salud pública y en este periodo se vivieron dos epidemias de gran magnitud: la de 2011 y la de 2013. En ambas se detectó circulación simultánea de serotipos de dengue, pero con predominio del DENV-2.

Efecto Cocuyo Venezuela, Anzoátegui: Un brote de enfermedades diarreicas afecta a 4.000 personas

9 de febrero de 2019 – Fuente: Efecto Cocuyo (Venezuela)

El gobernador del estado Anzoátegui, Antonio María Barreto Sira, confirmó que el brote de enfermedades diarreicas que se registra en la entidad desde el pasado mes de enero es causado por la bacteria *Shigella* y el norovirus.

Barreto Sira informó el 9 de febrero que se tomaron muestras al azar de 18 pacientes con diarrea, vómitos, dolor abdominal y fiebre. Los análisis de laboratorio dieron positivos para estos dos agentes.

El gobernador añadió que los estudios se realizaron en un laboratorio privado, no solo a las muestras de materia fecal de los pacientes, sino también a una muestra de agua.

“A pesar de que un porcentaje de pacientes cursa con diagnóstico de laboratorio positivo para amebiosis, las muestras de materia fecal tomadas a este grupo arrojó otros resultados”, detalló el jefe de gobierno de la entidad.

Barreto Sira indicó que el estado Anzoátegui se encuentra en “estado de contingencia” debido al brote de enfermedades diarreicas, cuyos registros superan las 4.000 infecciones en la zona norte del estado.

El jefe de gobierno del estado Anzoátegui afirmó que los equipos médicos de la entidad están monitoreando las nuevas incidencias y que se suministrarán antibióticos y fluidos a los afectados por el brote.

“Es fundamental la hidratación al paciente, ya que la pérdida de líquidos como consecuencia de la enfermedad puede ocasionar la muerte”, aseguró.

Indicó que se maneja la hipótesis de que la bacteria y el virus hayan sido transmitidos por el agua, por lo que Barreto exhortó a la población a hervir el líquido antes de beberlo y a lavarse las manos con frecuencia.

“Continuaremos e insistiremos en el llamado a las diferentes instancias involucradas para tomar las acciones necesarias a fin de corregir el problema. Hidrocaribe debe asumir con seriedad tan grave hecho. Son las vidas de miles de anzoatiguenses que están en riesgo por presunta contaminación del agua”, dijo.

Al menos cuatro niños han muerto en Barcelona

Al menos cuatro niños han fallecido en las últimas dos semanas en el Hospital Universitario ‘Dr. Luis Razetti’ de Barcelona, en el estado Anzoátegui, tras haber presentado un cuadro diarreico.

Médicos del centro asistencial denunciaron que no cuentan con los medicamentos necesarios para restablecer la flora bacteriana de los pacientes ni soluciones orales para reponer el líquido y los minerales perdidos con las diarreas.

“Extraoficialmente, han muerto al menos cuatro niños por cuadros diarreicos de diversas causas”, detalló una fuente interna del hospital. Añadió que los decesos se produjeron en las últimas dos semanas, fecha que coincide con el aumento de ingresos de pacientes con estos síntomas al Hospital Razetti.

Durante ese lapso, el hospital llegó a tener hasta 50 niños hospitalizados por cuadros diarreicos. También hay casos de adultos que fueron ingresados al centro asistencial con estos síntomas, pero en menor número.

Oscar Navas, presidente de la sociedad de médicos, internos y residentes del hospital, detalló que los casos de diarreas ingresados al hospital no son únicamente por amebiosis, sino también por enterovirus.

Subrayó que este tipo de brotes se producen en sitios en los que hay poca higiene y se transmiten por vía fecal-oral, es decir, por alimentos y aguas contaminadas.

También destacó que las poblaciones más vulnerables frente a este tipo de enfermedades son los niños desnutridos, quienes son los más propensos a morir deshidratados por diarreas.

“En el hospital no tenemos antiparasitarios ni soluciones orales ni sueros para reponer la pérdida de electrolitos. En la calle, un blíster de metronidazol (antiparasitario) puede costar 31.000 bolívares ¿Quién puede pagar eso? Hay gente que no tiene ni para hacerse un examen de materia fecal y en los laboratorios no tienen reactivos”, lamentó.

El 1 de febrero, el presidente del Instituto de la Salud de la Gobernación del estado Anzoátegui (SaludAnz), Omar Aray, reportó más de 1.800 casos de cuadros diarreicos en la entidad debido al consumo de agua contaminada.

Navas urgió a las autoridades a atender el suministro de agua en el estado y recordó que ni siquiera el Hospital Razetti se salva de las constantes interrupciones del suministro. Desde el 5 de febrero, el centro asistencial estuvo al menos 48 horas sin agua. “En el mejor de los casos, el suministro es intermitente. Tenemos que pedirles botellones de agua a los pacientes para poder operarlos. A veces no tenemos ni cómo lavarnos las manos”, denunció.

El mundo



China reportó más de 30.000 casos importados de enfermedades infecciosas entre 2005 y 2016

10 de febrero de 2019 – Fuente: *Emerging Infectious Diseases*

Más de 30.000 casos de enfermedades infecciosas fueron importados a la parte continental de China entre 2005 y 2016, y los tipos de enfermedades infecciosas importadas aumentaron de dos en 2005 a 11 en 2016.

El estudio recopiló y analizó datos del sistema nacional de información sobre enfermedades infecciosas de China, y reveló que un total de 31.470 casos de enfermedades infecciosas fueron importados a la parte continental de China entre 2005 y 2016, sobre todo desde África y Asia.

Según el anuario estadístico de China, el número de turistas procedentes de África creció de 238.000 en 2005 a 589.000 en 2016, y los de Asia, de 12,5 millones en 2005 a 18 millones en 2016.

Algunas enfermedades infecciosas han vuelto a emerger, como es el caso de la fiebre hemorrágica epidémica y la malaria, que estaban bajo control, y el poliovirus salvaje, que había sido erradicado en China en el año 2000.

En 2011 se registró en Xinjiang, en el noroeste del país, un brote de infección por el poliovirus salvaje. Constan casos de otras enfermedades infecciosas emergentes en China, como el síndrome respiratorio de Medio Oriente, la fiebre amarilla y la fiebre zika.

Se encontró una distribución estacional de las enfermedades infecciosas importadas. La mayoría de los casos de fiebre amarilla se importaron en marzo, y por lo general hay una mayor incidencia de malaria importada de abril a agosto, con un pico en mayo y junio.

Todos los casos de encefalitis japonesa se importaron de junio a septiembre, mientras que la incidencia del dengue suele alcanzar el pico en octubre. Los casos de fiebre zika se importaron principalmente a través de aeropuertos internacionales en los días alrededor de eventos festivos importantes, como la Fiesta de la Primavera, la Fiesta del Medio Otoño y el Día Nacional.

La información sobre las enfermedades infecciosas importadas se considera valiosa y de ayuda para la elaboración de políticas de salud pública.²

GasteizBerri España, Euskadi: Confirman cinco casos de legionelosis en Vitoria-Gasteiz

9 de febrero de 2019 – Fuente: Gasteiz Berri (España)

Salud Pública del Gobierno Vasco activó el protocolo para detectar el foco de un clúster de casos de legionelosis en Vitoria-Gasteiz, tras confirmarse cinco casos durante el mes de enero, de los cuales cuatro están relacionados temporalmente. El Departamento de Salud trasladó esta información al resto de instituciones competentes, de cara al mantenimiento de las medidas de seguridad y prevención adoptadas nada más detectarse los casos, y también al seguimiento y vigilancia de la evolución de este episodio.

El inicio de los síntomas de todos ellos se sitúa en el mes de enero, entre los días 7 y 29. Se trata de dos mujeres y tres hombres con edades comprendidas entre los 30 y 84 años. Los cinco han precisado de ingreso, aunque hoy solo tres de los casos permanecen hospitalizados y evolucionan de forma favorable. Todos los casos, salvo uno, presentan factores de riesgo, es decir, son personas fumadoras, de edad avanzada, tienen alguna enfermedad pulmonar crónica o presenta obesidad.

La Dirección de Salud Pública procedió a realizar la encuesta epidemiológica de todos los casos y trasladó la información a Sanidad Ambiental de la Subdirección de Salud Pública y al servicio de Salud Pública del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz para que ponga en marcha la investigación ambiental que trate de determinar el foco. La encuesta reveló que los domicilios de tres de los casos están relativamente próximos.

En los últimos días se procedió a analizar los sistemas de refrigeración de algunos edificios y establecimientos, así como fuentes ornamentales localizadas en la zona donde se sospecha que pueda estar el origen de esta infección, y se ha solicitado documentación referente a tratamientos de limpieza y desinfección. Por el momento, todos los resultados obtenidos han dado negativo, pero a la espera de que la investigación concluya, se mantendrá activado el protocolo de actuación durante los próximos días.

Un total de 118 casos en Euskadi en 2018

Durante el año 2018, en Euskadi se confirmó un total de 118 casos de personas afectadas por la bacteria *Legionella pneumophila*, lo que representa una tasa de incidencia de 5 casos cada 100.000 habitantes. Por territorios, en Araba se registraron 18 casos, 54 en Gipuzkoa y 46 en Bizkaia.

The Statesman India: Reportan muertes por influenza A(H1N1)

9 de febrero de 2019 – Fuente: The Statesman (India)

Rajasthan es el estado de India más afectado por la influenza A(H1N1), con un centenar de muertos, mientras los pacientes ascienden a 2.793 en 39 días.

El Ministerio de Salud delegó un equipo a Rajasthan para evaluar la situación y fortalecer la respuesta ante el aumento de los casos. También se enviaron equipos adicionales a Gujarat y Punjab en respuesta al brote.

Gujarat tiene el segundo mayor número de muertes (43) seguido por Punjab (30), y en lo que va del año se registraron más de 6.600 casos.

Un total de 16 personas perdieron la vida en Himachal Pradesh este año, según el ministro de Salud y Bienestar Familiar, Vipin Singh Parmar.

New Delhi el 5 de febrero registró una muerte por influenza A(H1N1) y 1.019 casos positivos.

Según el informe de la Dirección General de Servicios de Salud, hubo 74 casos nuevos de influenza A(H1N1) en New Delhi el 6 de febrero, entre ellos 868 adultos y 225 niños. Dos hospitales reportaron 13 muertes este año debido a este mal.

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

La enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo continúa con un número relativamente elevado de casos notificados en las últimas semanas (ver Gráfico 1) y algunos signos alentadores. Las zonas sanitarias de Katwa y Butembo siguen siendo los epicentros del brote, reportando 71% de los casos en las últimas tres semanas, con clústeres más pequeños que continúan presentándose simultáneamente en un área geográficamente dispersa.

Hasta el 5 de febrero de 2019, se ha notificado un total de 789 casos (735 confirmados y 54 probables), incluidas 488 muertes (tasa de letalidad general: 62%). Hasta el momento, 267 personas han sido dadas de alta de los Centros de Tratamiento del Ébola (CTE) y se han inscrito en un programa dedicado a monitorear y apoyar a los sobrevivientes. Entre los casos con edad y sexo notificados, 58% (454/788) eran mujeres y 30% (232/786) eran menores de 18 años, incluidos 116 niños menores de 5 años. Cinco nuevas infecciones se han notificado en trabajadores de la salud, en Katwa (4) y Kalunguta (1); hasta la fecha, 67 trabajadores de la salud han sido afectados.

Durante los últimos 21 días (del 16 de enero al 5 de febrero de 2019), se han notificado 119 casos nuevos en 13 zonas sanitarias: Katwa (75 casos), Butembo (9), Beni (8), Kayna (5), Kyondo (5), Manguredjipa (4), Oicha (4), Biena (2), Kalunguta (2), Mabalako (2), Masereka (1), Mutwanga (1) y Vuhovi (1). Los análisis epidemiológicos actuales apuntan a la transmisión nosocomial –debido a prácticas deficientes de prevención y control de infecciones–, los persistentes retrasos en la detección y aislamiento de los casos nuevos, las muertes frecuentes en la comunidad (y el contacto subsiguiente con los fallecidos) y la transmisión dentro de las redes familiares y comunitarias, como los principales impulsores de la continua transmisión de la enfermedad. La inseguridad y los focos de resistencia comunitaria han impedido continuamente los esfuerzos para combatir estos riesgos; sin embargo, los equipos de respuesta siguen comprometidos con el fortalecimiento activo de la confianza y participación de la comunidad en todas las áreas afectadas, y están comenzando a observar mejoras tangibles en Katwa y en otros lugares.

La zona sanitaria de Komanda ha superado recientemente el período de transmisión de mayor riesgo: el último caso confirmado se informó el 11 de enero y todos los contactos completaron el período de seguimiento mínimo; sin embargo, será necesario mantener un alto grado de vigilancia para detectar rápidamente posibles brotes y reintroducciones aquí y en otras áreas previamente afectadas.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud sigue fortaleciendo las medidas de respuesta, con el apoyo de la OMS y sus asociados.³

Evaluación de riesgos de la OMS

La OMS revisó su evaluación de riesgo para el brote y considera que sigue siendo muy alto a nivel nacional y regional; el nivel de riesgo global sigue siendo bajo. Este brote de EVE está afectando a las provincias nororientales de la República Democrática del Congo, que limitan con Uganda, Ruanda y Sudán del Sur. Existe un riesgo potencial de transmisión de la EVE a nivel nacional y regional debido a los frecuentes viajes entre las áreas afectadas, el resto del país y los países vecinos, por razones económicas y personales, así como por inseguridad. 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.

Como el riesgo de propagación nacional y regional es muy alto, es importante que las provincias y los países vecinos mejoren las actividades de vigilancia y preparación. El Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) ha informado que no intensificar estas actividades de preparación y vigilancia podría empeorar la situación y favorecer la extensión del brote. La OMS continuará trabajando con los países vecinos y sus asociados para asegurar que las autoridades sanitarias estén alertas y preparadas operativamente para responder.

Asesoramiento de la OMS

Tráfico internacional: La OMS continúa desaconsejando cualquier restricción a los viajes o el comercio con la República Democrática del Congo, con base en la información actualmente disponible. 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 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

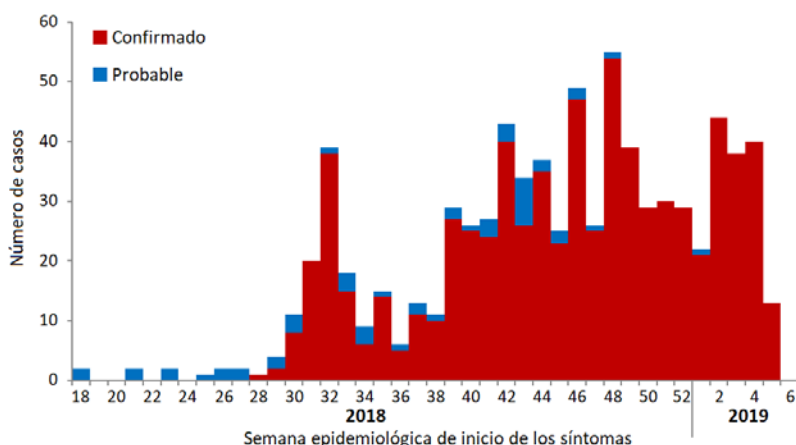


Gráfico 1. Casos confirmados y probables, según semana epidemiológica de inicio de los síntomas. República Democrática del Congo. Años 2018/19, hasta el 5 de febrero de 2019 (n = 789). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

³ Puede obtener información detallada sobre las acciones de respuesta de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados, consultando el último informe de situación publicado por la Oficina Regional de la OMS para África, haciendo clic [aquí](#).

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.



Tailandia: Más de 600 casos de sarampión en el primer mes de 2019

8 de febrero de 2019 – Fuente: กระทรวงสาธารณสุข (Tailandia)

Funcionarios de salud de Tailandia informaron que se registraron 613 casos de sarampión, en 47 provincias del país, entre el 1 de enero y el 4 de febrero.

De ese total, 109 casos presentaron complicaciones y se registraron dos muertes.

Las provincias con las tasas más altas de casos son Narathiwat, Pattani, Songkla, Yala y Petchburi.

Más de 5.000 casos fueron reportados en 2018, principalmente en la región sur del país.

Publicidad relacionada con la salud

HANTA VIRUS

Se transmite por:

- RESPIRAR EL AIRE CONTAMINADO** por el virus que eliminó el roedor.
- CONTACTO DIRECTO** con roedores vivos o muertos y las heces u orina de ellos.
- Ser **MORDIDO** por un roedor.
- * VÍA INTERHUMANA:** Sólo puede transmitirse por el **Virus Andes del sur del país.**

Sintomas FIEBRE | ESCALOFRÍOS | Náuseas | VÓMITOS | DIFICULTAD AL RESPIRAR
DOLORS MUSCULARES | DOLOR DE CABEZA | DOLOR ABDOMINAL | DIARREAS

f t i y
www.salud.jujuy.gov.ar | **Primero está la gente** | Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

Ministerio de Salud (2019. Jujuy, 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, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.